Cod: HGNC-06-25-095

CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD
CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

COD. 4-02-0008-01
Imp. CASESO

ESAVI: 1718-25

FORMULARIO DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)
CONFIDENCIAL

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Nimia Osorio Rios Cédula: 6-39-48 S.S.: - Edad: 75 Sexo: F 51 K 1.56 mt

Signos Vitales: PA 135/74 FC 78 FR 18 T° 36.6 °C Glicemia = 95 mg/dl.

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

- ☐ Alergias, ¿a qué? ____
- ☐ Embarazo, semanas ____
- ☐ Alcohol, frecuencia ____
- ☐ Drogas, ¿Cuál? ____
- ☐ Tabaquismo, frecuencia ____
- ☒ Diabetes Tipo II
- ☐ HTA ____
- ☐ Hepático ____
- ☐ Renal ____
- ☐ Cardiaco ____
- ☐ Respiratorio ____
- ☐ Hematológico ____
- ☐ GI ____
- ☐ Piel ____
- ☐ Neurológico ____
- ☐ Otros: especifique ____

2. DATOS DEL MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)

Nombre de la vacuna	Lugar y vía de administración	Número de dosis	Fecha de aplicación	Laboratorio fabricante y país de origen	Lote(s)/ Fecha de expiración	Registro sanitario	Diagnóstico que motiva la prescripción
1. Neumococo 23 Prevenar	Intramuscular	1	4/6/25	Farmacéutica MSD Lab MERCK Co. Inc. WHITEHOUSE Estado Unido	Y018637 (31/12/26)		Control de salud
2.							

3. SOSPECHA DE EVENTO(S) ADVERSO(S):

Eventos

- ☐ Reacción alérgica
- ☐ Reacción anafiláctica
- ☐ Fiebre
- ☐ Absceso
- ☐ Lipotimia o flacidez
- ☐ Neumonía
- ☐ Trombocitopenia
- ☐ Episodio de Hipotonia
- ☒ Reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento) Brazo izquierdo
- ☐ Irritabilidad
- ☐ Exantema
- ☒ Otras (especifique): Dolor abdominal y náusea vomito N-1.

Fecha de inicio del evento: 4/6/2025 Fecha de finalización del evento:

Consecuencia de la reacción
A- Recuperado con secuelas, B- Recuperado sin secuelas, (C) En recuperación, D- No recuperado, E-Desconocida F- Mortal.
Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda:

Considera Usted que los eventos que comunica...

- ☐ Han puesto en peligro la vida
- ☐ Han sido la causa de hospitalización
- ☐ Han prolongado la estancia en el hospital
- ☐ Han originado incapacidad persistente o grave
- ☐ Han causado defecto o anomalía congénita
- ☐ Han causado la muerte del paciente
- ☐ No han causado nada de lo anterior, pero considero que es grave
- ☒ No han causado nada de lo anterior y considero que No es grave

Ameritó tratamiento: Sí ☒ No ☐ En caso afirmativo, especifique: Hidratación con analgésico - Ceftriaxona I.V
Recomendación: Frío local en Brazo izquierdo

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DEL EVENTO:

Recibió medicamentos post-vacunales: ☒ Sí ☐ No
Si su respuesta es Sí, mencionar cuales fueron:
2 Tab. de ceftriaxona

Que tiempo después de recibir la vacuna presentó el evento:
- ☐ menos de 1 hora
- ☐ 1 a 12 horas
- ☐ >12 a 24 horas
- ☐ más de 24 horas

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA (incluyendo medicina tradicional, medicamentos prescritos, automedicación, terapias alternativas, etc.)

Medicamentos	Dosis, vía y frecuencia de administración	Fecha de inicio (Si el tratamiento es crónico indíquelo)	Fecha de término	Diagnostico que motiva la prescripción
Metformina	1 Tab. c/día v.o.	crónico		D.M. Tipo II
Glicazido	1 Tab c/día v.o.	crónico		D.M Tipo II

6. OBSERVACIONES (resultados de laboratorio y otros).

Notificador (profesión): Medico ☒ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐
Otros ____
Nombre de notificador: Devi Parbhu Registro: 7359
Instalación de Salud: H. Dr. C.N Collado
Provincia o región de salud: Herrera
Correo electrónico: ____ Teléfono: 913 11 00
Firma: ____ Fecha de notificación: 04/06/2025

Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: farmacovigilancia@css.gob.pa pero luego debe igualmente enviar el formulario original. También puede enviarlo al CIFV-CSS en el Edificio 519 Clayton, segundo piso oficina 51 (tel.:513-1039 / 513-1081). Recuerde que en lugar de este formulario esta disponible la plataforma de notificación en línea, Noti-Facedra (https://www.notificacentroamerica.net)

Fundamento Legal: Artículo 71 de la Ley No. 419 de 1 de febrero de 2024, Que regula medicamentos y otros productos para la salud humana. Artículo 302 del Decreto Ejecutivo No. 27 de 10 de mayo de 2024.

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
RECIBIDO
CIFV
Por: ____
Fecha: 5/6/25 Hora: 11:00 am