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

COD. 4-02-643-17
Imp. CASESO

RAM-1703-25

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Gladys Muñoz Muñoz Cédula: 9-142-534 S.S.: ____ Edad: 57 Sexo: F Peso: 64.5 Talla: ____

Signos Vitales: PA 161/77 FC 68 FR 12x T° ____

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

- ☐ Alergias, ¿a qué? NO
- ☐ Tabaquismo, frecuencia NO
- ☐ Renal NO
- ☐ GI NO
- ☐ Embarazo, semanas NO
- ☐ Diabetes NO
- ☐ Cardiaco NO
- ☐ Piel NO
- ☐ Alcohol, frecuencia NO
- ☒ HTA Sí
- ☐ Respiratorio NO
- ☒ Neurológico Temblor esencial
- ☐ Drogas, ¿Cuál? NO
- ☐ Hepático NO
- ☐ Hematológico NO
- ☐ Otros: especifique —

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

Nombre comercial nombre genérico, concentración y forma farmacéutica	Dosis, vía y frecuencia de administración	Registro sanitario	Lote/ fecha de expiración	Laboratorio fabricante y país de origen	Fecha de inicio	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción
1. Perindopril	Codopril 5mg	?	?	Pantson Pharma	marzo 25	marzo 25	Hipertensión arterial
2.	?	/	/				

3. SOSPECHA DE REACCIÓN(ES) ADVERSA(S):

Descripción de la Reacción Adversa	Fechas Inicio	Fechas Final	Consecuencias de la reacción. Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda (ver abajo)
Palpitaciones	marzo 2025	marzo 2025	Suspensión del tratamiento
Cefaleas			
Náuseas			

A- Recuperado con secuelas, B- Recuperado sin secuelas, C- En recuperación, D- No recuperado, E- Desconocida, F- Mortal.

Considera Usted que las reacciones 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:

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA:

Se produjo la reacción con una sola dosis	Disminuyó la dosis del medicamento sospechoso	Suspendió el uso del medicamento sospechoso	Readministró el medicamento sospechoso
☐ Sí ☐ No ☒ No sabe ☐ No aplica	☐ Sí ☐ No ☒ No sabe ☐ No aplica	☒ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica	☐ Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ No aplica
	El acontecimiento mejora al disminuir la dosis: ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☒ No aplica	El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso: ☒ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica	Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso: ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☒ No aplica

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA: (incluye medicina tradicional, medicamentos prescritos, automedicación, terápias alternativas, etc.)

Medicamentos	Dosis, vía y frecuencia de administración	Fecha de inicio (Si el tratamiento es crónico indíquelo)	Fecha de término (Si el tratamiento es crónico indíquelo)	Diagnóstico que motiva la prescripción
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).

Notificador (profesión): Médico ☒ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐
Otros ____
Nombre de notificador: Minerva Ramos Registro: 5466
Instalación de Salud: Hospital Rafael Estevez
Provincia o región de salud: Coclé
Fecha de notificación: 7/4/2025 Teléfono: Dra. Minerva H. Ramos G. Especialista en Medicina Interna
Correo electrónico: minra@css.gob.pa Firma: [firma]
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 está 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: [firma]
Fecha: 16/5/25 Hora: 1:50

19/5/25