



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

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

PM-1704-25

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

1. DATOS DEL PACIENTE:
Nombre: Gloriela Sánchez Cédula: 8-508-387 S.S.: _____ Edad: 63 Sexo: F Peso: 64 kg talla: 1.48m
Signos Vitales: PA 145/78 FC 63 FR 12x T° _____
Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.
 Alergias, ¿a qué? _____ Tabaquismo, frecuencia _____ Renal _____ GI _____
 Embarazo, semanas _____ Diabetes _____ Cardíaco _____ Piel _____
 Alcohol, frecuencia _____ HTA _____ Respiratorio _____ Neurológico _____
 Drogas, ¿Cuál? _____ Hepático _____ Hematológico _____ 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. <u>Codapril, Perindopril, 5mg tab</u>	<u>5 mg c/día</u>	<u>1. PTO700724</u>	<u>1. PTO700724</u>	<u>Pantson Pharma</u>	<u>dic/24</u>	<u>8/14/25</u>	<u>Hipertension arterial</u>
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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

Descripción de la Reacción Adversa	Fechas		Consecuencias de la reacción. Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda (ver abajo)
	Inicio	Final	
<u>Cefalea</u> <u>Nauseas</u> <u>No controla su presión</u>	<u>enero/25</u>	<u>abril/25</u>	

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 causado defecto o anomalía congénita
 Han sido la causa de hospitalización Han causado la muerte del paciente
 Han prolongado la estancia en el hospital No han causado nada de lo anterior, pero considero que es grave
 Han originado incapacidad persistente o 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
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica
	El acontecimiento mejora al disminuir la dosis	El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso	Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" type="checkbox"/> No aplica	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" type="checkbox"/> No aplica

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

Medicamentos	Dosis, vía y frecuencia de administración	Fecha		Diagnóstico que motiva la prescripción
		Fecha de inicio	Fecha de término	
<u>Acido acetilsalicílico</u>	<u>100 mg c/día</u>	<u>hace > 10 años</u>	<u>crónico</u>	<u>Riesgo cardiovascular</u>
<u>Rosuvastatina</u>	<u>10 mg c/día</u>	<u>02/2025</u>	<u>crónico</u>	<u>Dislipidemia.</u>

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 Estrozy
 Provincia o región de salud: Aguacalán, Coclé
 Fecha de notificación: 8/14/2025
 Correo electrónico: minra@css.gob.pa Firma: Minerva A. Ramos B.
 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 C.I.F.V. 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.

Observación paciente tiene FT-1673-25 of. 19-05/2025
 CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
RECIBIDO
 Por: Isabelly
 Fecha: 16/5/25 Hora: 1:50