RAM-1724-25

CAJA DE SEGURO SOCIAL

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

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

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS CONFIDENCIAL

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Francisco Javier Mendoza Cédula: 4-266-53 S.S.: ____ Edad: 53 Sexo: M Peso: 190 libras Talla: 1.80

Signos Vitales: PA 120/80 FC ____ FR ____ 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 Si	Piel no
☐ Alcohol, frecuencia no	HTA Si	Respiratorio no	Neurológico no
☐ 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. Indapamida 5 mg tabs	5mg V.O. c/12h	115328	PT0701424/10-27	pentorpharma India	13-5-25	15-6-25	Hipertensión
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)
nauseas, Vomitos, cefalea leve	14-5-25	15-6-25	aumento de presión arterial.

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: Perindopril 5mg c/12h V.O. de la marca Coversyl ®

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, terapias alternativas, etc.)

Medicamentos	Dosis, vía y frecuencia de administración	Fecha de inicio (Si el tratamiento es crónico indíquelo)	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción
Fenofibrato 200mg	1 cap V.O. c/día	Crónico		Triglicéridos aumentados

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).

Se confecciona a solicitud, pero por falta de datos, atribuimos los sintomas al aumento de la presión arterial.

Notificador (profesión): Médico ☐ Farmacéutico ☑ Enfermera ☐
Otros ____
Nombre de notificador: Ayarid Aquino Registro: 3992
Instalación de Salud: Hospital Regional Dr. Raúl Dávila Mena
Provincia o región de salud: Changuinola, Bocas del Toro
Fecha de notificación: 17-6-25 Teléfono: 6411-6330
Correo electrónico: alaquino@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 60 de la Ley No.1 del 10 de enero de 2001 sobre medicamentos y otros productos para la salud humana. Artículo 277 del Decreto Ejecutivo No.13 de 1 de marzo de 2023.

A 19/6/25