



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

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

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

CONFIDENCIAL

PLMMV-011-2025

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Gladys Bonilla Navarro Cédula: 8-706-1347 S.S.: 2125462 Edad: 48 Sexo: f Peso: 175 lbs Talla: 165 cm

Signos Vitales: PA _____ FC _____ FR _____ T° _____ **RAM-1726-25**

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

- Alergias, ¿a qué? Contraste yodado Tabaquismo, frecuencia no Renal si, nefrocalcinosis bilateral GI no
- Embarazo, semanas no Diabetes no Cardíaco no Piel no
- Alcohol, frecuencia no HTA si Respiratorio no Neurológico no
- Drogas, ¿Cuál? no Hepático no Hematológico no Otros: especifique si

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

Artritis reumatoidea

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>codopril 5mg perindopril</u>	<u>1 tab v.o. cada día</u>	<u>115328</u>	<u>PT0701624</u>	<u>laboratorios Pantson</u>	<u>03/06/2025</u>	<u>11/06/2025</u>	<u>HTA</u>
2. <u>tabletas</u>			<u>EXP: 11/27</u>	<u>Pharma PVT LTD, INDIA</u>			

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>Mareos, cefalea, vómitos, sofocos de predominio en cabeza y rostro.</u>	<u>03/06/2025</u>	<u>11/06/2025</u>	B

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: Gravol IV 1 ampolla y venoclisis de suero fisiológico.

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA:

Se produjo la reacción con una sola dosis <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	Disminuyó la dosis del medicamento sospechoso <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	Suspendió el uso del medicamento sospechoso <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	Readministró el medicamento sospechoso <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica
	El acontecimiento mejora al disminuir la dosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" type="checkbox"/> No aplica	El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input 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 de inicio	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción
		(Si el tratamiento es crónico indíquelo)		
<u>ROSLVASTATINA 10 MG</u>	<u>1 TAB CADA DÍA</u>	<u>CRONICO</u>		<u>Artritis reumatoidea</u>
<u>METOTREXATE 2.5 MG</u>	<u>8 TAB C/SEMANA</u>	<u>CRONICO</u>		<u>Artritis reumatoidea</u>
<u>PREDNISONA 5MG</u>	<u>1 TAB CADA DÍA</u>	<u>CRONICO</u>	<u>ACIDO FOLICO 2 TAB C/SEMANA</u>	<u>Artritis reumatoidea</u>

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).

Notificador (profesión): Médico Farmacéutico Enfermera

Otros _____

Nombre de notificador: Fatima Pérez Registro: 8648

Instalación de Salud: Policlínica Lic. Manuel María Valdés

Provincia o región de salud: San Miguelito

Fecha de notificación: 20/06/2025 Teléfono: 502 1500

Correo electrónico: fatperez@css.gob.pa 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>)

Paciente recibe atención en cuarto de urgencias 09/6/25 por empeoramiento de síntomas descritos le colocan medicamentos para mareos y canalización IV con suero fisiológico, egreso al tener mejoría. Paciente refiere le que le tomaron signos vitales y glucosa y estaban en rangos normales.

Al día siguiente toma codopril en donde se reinicia sintomatología, razón por la cual llena reporte de sospecha.

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.

IDC: 1737680