



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

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

CL-ITW-008-2025

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

1. DATOS DEL PACIENTE:							
Nombre: <u>Maura González</u>	Edad: <u>4</u> Sexo: <u>F</u> Peso: <u>62.5</u> Talla: <u>1.55</u>						
Signos Vitales: <u>PA 110/70 FC 70 FR 18 T° 37.5</u>							
Antecedentes de importancia: marque la que corresponde							
☐ Alergias, ¿a qué?	☐ Tabaquismo, frecuencia						
☐ Embarazo, semanas	☐ Diabetes						
☐ Alcohol, frecuencia	☐ HTA						
☐ Drogas, ¿cuál?	☐ Hepático						
☐ Renal	☐ Cardíaco						
☐ GI	☐ Respiratorio						
☐ Hematológico	☐ Neurológico						
☐ Otros especifique							
2. DATOS DEL(LOS) MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)							
Nombre comercial, nombre genérico, comercialización 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>Paracetamol</u>	<u>500 mg</u>	<u>115328</u>	<u>11/2022</u>	<u>PANSON</u>	<u>11/2022</u>	<u>11/2022</u>	<u>RAM-1728-25</u>
2. <u>Paracetamol</u>	<u>500 mg</u>	<u>115328</u>	<u>11/2022</u>	<u>PANSON</u>	<u>11/2022</u>	<u>11/2022</u>	<u>RAM-1728-25</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)			
<u>Hemorragia y dolor en la cabeza</u>		Inicio: <u>11/2022</u> Final: <u>11/2022</u>		←			
<u>No está controlado</u>							
A- Recuperado con secuelas, B- Recuperado sin secuelas, C- En recuperación, D- No recuperado, E- Desconocida, F- Mortal.							
Considere 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							
Aumentó tratamiento: SI ☐ No ☐ En caso afirmativo, especifique:							
4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA:							
Se produjo la reacción con una sola dosis ☐ SI ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica		Disminuyó la dosis del medicamento sospechoso ☐ SI ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica		Suspendió el uso del medicamento sospechoso ☐ SI ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica		Readministró el medicamento sospechoso ☐ SI ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica	
El acontecimiento mejora al disminuir la dosis ☐ SI ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica		El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso ☐ SI ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica		El acontecimiento mejora al readministrarse el medicamento sospechoso ☐ SI ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica		Reparó la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso ☐ SI ☐ 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	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción			
6. OBSERVACIONES (datos de Laboratorio y Otros):							
Notificador (profesión): Médico ☒ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐				Otro:			
Nombre de notificador: <u>Dra. Elvia Campo</u>				Registro: <u>2416</u>			
Institución de Salud: <u>Pol. Fr. Carlos N. Brin</u>				Firma: <u>[Firma]</u>			
Provincia o región de salud: <u>San José</u>				Teléfono: <u>223 1148</u>			
Fecha de notificación: <u>11/2022</u>				Firma: <u>[Firma]</u>			
Correo electrónico: <u>elvia.campo@ccss.gob.cr</u>				Firma: <u>[Firma]</u>			
Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: farmacovigilancia@ccss.gob.cr pero luego debe igualmente enviar el formulario original. También puede enviarlo al CIV-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, Not-Caseira (http://www.notcaseira.gub.cr)							

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.

Rif. 115328 Lf. 11/2022 Policlínica Dr. Carlos N. Brin
Féyp. 11/2022 CB = PANSON PIAJAMA Pci = Ind

Maura González 6879-1208.
IDC: 1737680