CLFTFN-010-202

COD. 4-02-643-17
Imp CASESO

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

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

RAM - 1730-25

1. DATOS DEL PACIENTE:
Nombre: [illegible] Cédula: 8-206-1137 Edad: 69 Sexo: F Peso: 59.5 Talla: 160
Signos Vitales: PA 130/80 FC [illegible] FR 20 T° —
Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.
☐ Alergias, ¿a qué? ☐ Embarazo, semanas ☐ Alcohol, frecuencia ☐ Drogas, ¿Cuál?
Tabaquismo, frecuencia — Diabetes — HTA — Hepático
Renal — Cardiaco — Respiratorio — Hematológico
GI — Piel — Neurológico — Otros: especifique [illegible]

ARTRITIS Reumatoide

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 termino	Diagnóstico que motiva la prescripción
1. [illegible]	[illegible]	10289	M4347	[illegible]	22/7/25	27/7/25	[illegible]
2. [illegible]			11-2027	[illegible]			

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)
Paciente refiere que después de tomar el medicamento [illegible]	22-07-25	25-07-25	—

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 permanente 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

Amerito tratamiento: Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, especifique.

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA:

Se produjo la reacción con una epicrisis	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 (Si el tratamiento es crónico indíquelo)	Diagnóstico que motiva la prescripción
Metformina	[illegible]	—	—	—
	[illegible]			

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).
- Se sintió mal
- Taquicardia
- Palpitaciones
- Fue por el cuarto de urgencia

Notificador (profesión): Médico ☒ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐
Otros
Nombre de notificador: [illegible] Medicina 2852
Institución de Salud: [illegible]
Provincia o región de salud: [illegible]
Fecha de notificación: 16-06-2025 Teléfono:
Correo electrónico: 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.512-1039 / 513-1081). Recuerde que en lugar de este formulario está disponible la plataforma de notificación en línea, Noti-Facedra (https://www.notifacedrafarmacia.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 2006

Dra. [illegible] Medicina Cod. M-321 Reg. 2852 Dr. Centro de Farmacovigilancia CSS

[redacted]

- Datos del medicamento sospechoso
Amlodipino 5mg — Lonapres®
Laboratorio = Pharmaceuticals Industries
País — India
Lote = M4347
Registro Sanitario = 10289
Fecha de expiración — 11-2027

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
RECIBIDO
Por: [illegible]
Fecha: 21/7/25 Hora: 1:20

IDC: 1737680