



CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMISIÓN DE MEDICAMENTOS

COD. 02-643-17
-Imp. CASESO

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS
CONFIDENCIAL

RAM-1732-25.

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN: 30/6/2025

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Guana Day Cédula: 4-99-1186 S.S. _____ Edad: 82 Sexo: f Peso: 69 kg Talla: 150
Signos Vitales: PA _____ FC _____ FR _____ T° 36.3

Antecedentes de importancia: Marque la que corresponda.

☐ Alergias, A qué: Quisquina ☐ Tabaquismo, Frecuencia _____ ☒ Renal _____ ☐ GI _____
☐ Embarazo, Semanas _____ ☒ Diabetes _____ ☐ Cardíaco _____ ☐ Piel _____
☐ Alcohol, Frecuencia _____ ☒ HTA _____ ☐ Respiratorio _____ ☐ Neurológico _____
☐ Drogas, Cuál _____ ☐ Hepático _____ ☐ Hematológico _____ ☒ Otros: Especifique 2:30

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

Nombre Comercial Nombre Genérico, Concentración	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>Celestina</u>	<u>1 tableta qd</u>		<u>412352A</u>	<u>INTARMAT</u>	<u>02/2025</u>	<u>06/2025</u>	<u>gouta</u>
2. <u>0.1 mg</u>	<u>v.o. (2 veces al día)</u>		<u>10/2025</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>Náuseas, vómitos</u>	<u>febrero 2025</u>	<u>junio 2025</u>	<u>A</u>

A- Recuperado sin secuelas, B- Recuperado con secuelas, C- Aún con síntomas, D- Ameritó tratamiento, E- Ameritó hospitalización o la prolongó, F- Afectó el embarazo, G- Produjo Malformaciones, H- Muerte I- No sabe J- Otras (especifique)

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA

Se produjo la reacción con una sola dosis Si ☒ No ☐	Disminuyó la dosis de medicamento sospechoso Si ☒ No ☐ Desapareció la reacción al disminuir la dosis Si ☒ No ☐	Suspendió el uso del medicamento sospechoso Si ☒ No ☐ Desapareció la reacción al suspender el uso del medicamento sospechoso Si ☒ No ☐	Readministró el medicamento sospechoso Si ☒ No ☐ Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso Si ☒ No ☐
---	---	---	---

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA (incluyendo 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)		
Aspirina 100mg	HTA v.o. 1x día	todo el tiempo crónico		HTA
Hipoclorato de Sodio	v.o. 1x día			HTA, hipertensión
Glucosil 50mg	1/2 c/d. v.o.			

6. Observaciones (Datos de Laboratorio y Otros)

Alopurinol 1/2 c/d. v.o.
Pravastatina 1x noche v.o.

Notificador (Profesión) Médico ☒ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐
Otro: _____
Requiere Usted los resultados de la evaluación: Si ☐ No ☒
Nombre del Notificador: Ernesto Guerrero Registro: 10269
Instalación de Salud: Ministerio de Salud
Provincia o Región: Panamá Tel./Fax: _____
Firma: _____
Puede llamar al Tel. 513-1030 o enviar por fax (513-1045) para iniciar los trámites o al E-mail: farmacovigilancia@css.org.pa También puede enviarlo al edificio 513 Clayton, segundo piso oficina 56. Nota: se deberá enviar el formulario original, si lo envía por fax o e-mail.