

RAM-1733-25



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

H6NC-07-25-096

RAM-1733-25

1. DATOS DEL PACIENTE
Nombre: Jilkeith Vaneqa
Cédula: 2722-2490
Edad: 38
Sexo: F
Peso: 64kg
Signos Vitales: PA 128/82 FC 70 FR 18 T° 37.5
Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.
Alergias, ¿a qué? NO
Tabaquismo, frecuencia NO
Renal LES nefritis lúpica
Embarazo, semanas NO
Diabetes NO
Cardiaco NO
Piel NO
Alcohol, frecuencia NO
HTA NO
Respiratorio NO
Neurológico NO
Drogas, ¿Cuál? NO
Hepático NO
Hematológico NO
Otros: especifique

2. DATOS DEL(O LOS) MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)
Table with 8 columns: Nombre comercial, 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. Alopurinol 300mg, Registro 30613, Lote 1003, Atral, Mayo-25, 29/6/25, Nefritis lúpica
2. Furosemida 300mg, Registro 30613, Lote Exp. 04/2028, Portugal, Mayo-25, 29/6/25, Nefritis lúpica

3. SOSPECHA DE REACCIÓN(ES) ADVERSA(S):
Descripción de la Reacción Adversa: Rash en espalda, tórax, lesiones intermáticas + vesículas en boca y área vaginal.
Fechas: Inicio 10/06/25, Final 12/06/25.
Consecuencias de la reacción: D.
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 [X]
Han sido la causa de hospitalización [X]
Han prolongado la estancia en el hospital [X]
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 [X] No [] En caso afirmativo, especifique:

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA:
Se produjo la reacción con una sola dosis [] Sí [] No [] No sabe [] No aplica []
Disminuyó la dosis del medicamento sospechoso [] Sí [] No [] No sabe [] No aplica [X]
Suspendió el uso del medicamento sospechoso [X] Sí [] No [] No sabe [] No aplica []
Readministró el medicamento sospechoso [] Sí [X] No [] No sabe [] No aplica []
El acontecimiento mejora al disminuir la dosis [] Sí [] No [] No sabe [] No aplica [X]
El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso [] Sí [X] No [] No sabe [] No aplica []
Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso [] Sí [X] No [] No sabe [] No aplica []

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA:
Table with 4 columns: Medicamentos, Dosis, vía y frecuencia de administración, Fecha de inicio, Fecha de término, Diagnóstico que motiva la prescripción.
1. Inhrentan 300mg VO 4/día, Mayo-2025, -
2. Prednisona 10mg VO 4/día, Mayo-2025, -
Diagnóstico: Nefritis lúpica

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).
Notificador (profesión): Médico [X] Farmacéutico [] Enfermera []
Nombre de notificador: Norman Bustamante, Registro: 7099
Instalación de Salud: ID-60 Cellado Rio
Provincia o región de salud: Guanacaste
Fecha de notificación: 1-julio-2025, Teléfono: 913-1100
Correo electrónico: normanbustamante@ccss.gob.pa
Fundamento Legal: Artículo 71 de la Ley No. 419 de 1 de febrero de 2024, Que regula medicamentos y otros productos para la salud humana. Artículo 302 del Decreto Ejecutivo No. 27 de 10 de mayo de 2024.