



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

RAM-1734-25

H6NC-07-25-097
RAM-1734-25

1. DATOS DEL PACIENTE:
Nombre: Alhuela Sofia Pineda Cedeno Cédula: 6-732-1605 S.S.: 6-711-8154 Edad: 12 Sexo: F Peso: 120kg; Talla: 1.50
Signos Vitales: PA 100/70 FC 73 FR 24 T° 37.8

Antecedentes de importancia: Marque la que corresponda.
 Alergias, ¿a qué? _____ Tabaquismo, frecuencia _____ Renal _____ GI _____
 Embarazo, semanas _____ Diabetes _____ Cardíaco _____ Piel _____
 Alcohol, frecuencia _____ HTA _____ Respiratorio _____ Neurológico _____
 Drogas, ¿Cuál? _____ Hepático _____ Hematológico _____ Otros: especifique _____

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

Nombre comercial 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>Amoxicilina 400mg</u>	<u>20mg IV</u>	<u>104604</u>	<u>24/10/10</u>	<u>CISEN FARMA</u>	<u>2/6/25</u>	<u>2/6/25</u>	<u>6.55.73</u>
2. <u>Acido salicílico</u>			<u>10/2024</u>	<u>Ciplafar S.A.</u>			

3. SOSPECHA DE REACCIÓN(ES) ADVERSA(S): anura

Descripción de la Reacción Adversa: Ansiedad, repentina de respiración disminuida; Helder intestinal

Fechas	Consecuencias de la reacción. Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda (ver abajo)	
	Inicio	Final
<u>27/6/25</u>	<u>29/6/25</u>	<u>B</u>

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 permanente o grave No han causado nada de lo anterior y considero que No es grave

Ameritó tratamiento: Sí No En caso afirmativo, especifique: SSN 500 cc IV

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 type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica
El acontecimiento mejora al disminuir la dosis <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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 (Si el tratamiento es crónico Indíquelo)	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción
<u>Amoxicilina 400mg</u>	<u>20mg IV</u>	<u>28/6/25</u>		<u>6.55.73</u>
<u>Amoxicilina 200mg</u>	<u>20mg IV</u>	<u>28/6/25</u>		<u>6.55.73</u>
<u>Acido salicílico</u>	<u>100mg v.o</u>	<u>28/6/25</u>		<u>6.55.73</u>

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros):

Notificador (profesión): Médico Farmacéutico Enfermera
Otros: _____
Nombre de notificador: Tony Pineda Registro: 10202
Instalación de Salud: Hospital
Provincia o región de salud: Alajuela
Fecha de notificación: 27/6/25 Teléfono: 715 0000
Correo electrónico: tony.pineda@css.gob.pa Firma: Tony Pineda
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 S19 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/>)

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 del 1 de marzo de 2023.

RECIBIDO

Steeley
3/7/25