



RECIBIDO CIV.

CAJA DE SEGURO SOCIAL

COD. 4-02-643-17

DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD

Imp. CASESO

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

RAM-1735-25

CONFIDENCIAL

PLMMV-012-2025

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Karla Lezcano Salinas Cédula: 8-728-363 S.S.: Edad: 46 Sexo: F Peso: Talla:

Signos Vitales: PA 145/85 FC 101 FR 16 T°

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

- Alergias, ¿a qué? NO Tabaquismo, frecuencia no Renal NO GI no
- Embarazo, semanas no Diabetes si Cardíaco no Piel no
- Alcohol, frecuencia no HTA no Respiratorio no Neurológico no
- Drogas, ¿Cuál? no Hepático no Hematológico no Otros: especifique no

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 término	Diagnóstico que motiva la prescripción
1. dapagliflozina 10 mg tableta	1 tab v.o. cada día				24/06/2025	02/07/2025	HTA
2.							

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	
DOLOR ABDOMINAL Y ELEVACION DE TRANSAMINASAS SOSPECHA DE HEPATITIS MEDICAMENTOSA	24/06/2025	02/07/2025	E

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

Ameritó tratamiento: Sí No En caso afirmativo, especifique:

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA:

Se produjo la reacción con una sola dosis	Disminuyó el uso del medicamento sospechoso	Suspendió el uso del medicamento sospechoso	Readministró el medicamento sospechoso
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<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	El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso	Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" 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	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción
		(Si el tratamiento es crónico indíquelo)		
METFORMINA BID	1 TAB CADA DIA	CRONICO		diabetes mellitus
INSULINA NPH	10 U S.C. C/DIA	CRONICO		diabetes mellitus

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).

paciente se refiere a cuarto de urgencias de CHDRAAM por elevación de transaminasas AST 647 ALT 1468 GGT 435	Notificador (profesión): Médico <input checked="" type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/>
	Otros _____
	Nombre de notificador: Fatima Pérez Registro: 8648
	Instalación de Salud: Policlínica Lic. Manuel María Valdés
	Provincia o región de salud: San Miguelito
	Fecha de notificación: 03/07/2025 Teléfono: 503-1500
	Correo electrónico: fatperez@css.gob.pa 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 CIV-CSS en el Edificio 519 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)