



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

RECIBIDO

04/07/2025
COD. 4-02-643-17
Imp. CASESO
9:30
D.A.M.-1735-25
Ampliado

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
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.Fanter dapagliflozina 10 mg tableta	1 tab v.o. cada día	201129	lote:74791 E: 31/12/26	ASOFARMA RR PARAGUAY	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 sido la causa de hospitalización
- Han prolongado la estancia en el hospital
- 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 No En caso afirmativo, especifique:

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA:

Se produjo la reacción con una sola dosis	Disminuyó la dosis 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 Farmacéutico Enfermera
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 CIFV-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.notificacentoamerica.net>)

Para uso exclusivo del Centro Institucional de Farmacovigilancia

Fecha de ingreso: 04/07/2025

Codificación: RAM-1735-25
ampliado

Información de la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas

Reporte!

- ✓ La farmacovigilancia es un deber y responsabilidad de todos.
- ✓ Una reacción adversa es la respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas (OMS).
- ✓ Los profesionales de la salud deben notificar toda sospecha de reacción adversa de la que tengan conocimiento durante su práctica habitual.
- ✓ Este formulario de notificación de sospecha de reacción adversa es una herramienta fundamental del Sistema Nacional de Farmacovigilancia para conocer el comportamiento de los medicamentos que utiliza la población. No tiene como fin evaluar el ejercicio profesional del médico, ni tiene carácter punitivo. Por lo cual, se le exhorta a notificar sus sospechas de reacciones adversas a medicamentos.

Instrucciones generales

Lea con atención este formulario. Procure utilizar letra legible y clara.

Datos del paciente: Para evitar duplicación de notificaciones, se necesita el nombre, apellido y cédula del paciente. Complete la totalidad de los datos solicitados en cada apartado.

La información suministrada será de uso confidencial.

Notifique en la primera línea el fármaco que considere más sospechoso de haber producido la reacción adversa, o bien coloque un asterisco junto al nombre de los medicamentos sospechosos, si considera que hay más de uno involucrado.

Identifique el nombre del laboratorio fabricante del medicamento, el número de lote, fecha de expiración y de registro sanitario.

Anote todos los demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores a la aparición de la reacción notificada.

Indique las fechas de inicio y final de tratamiento de los medicamentos, así como la fecha de inicio y final de aparición de las reacciones notificadas.

Para uso exclusivo del Centro Nacional de Farmacovigilancia

Fecha de ingreso: _____

Codificación: _____