CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMISIÓN DE MEDICAMENTOS
CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

COD. 02-545-17
Imp. CASESO

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS

CONFIDENCIAL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN: 7/7/25

RAM-1736-25

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Luz M. Nuñez P. Cédula: 8-729-1109 S.S 8-729-1109 Edad: 45 Sexo: F Peso: 73 Kg Talla: 1.59 m

Signos Vitales: PA 165/97 FC 84x' FR 19x' T° 36.1 °C

Antecedentes de importancia: Marque la que corresponda.

- [ ] Alergias, A qué: ____
- [ ] Tabaquismo, Frecuencia ____
- [ ] Renal ____
- [ ] GI ____
- [ ] Embarazo, Semanas ____
- [ ] Diabetes ____
- [ ] Cardiaco ____
- [ ] Piel ____
- [ ] Alcohol, Frecuencia ____
- [x] HTA ____
- [ ] Respiratorio ____
- [ ] Neurológico ____
- [ ] Drogas, Cuál ____
- [ ] Hepático ____
- [ ] Hematológico ____
- [ ] Otros: Especifique ____

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. Dotarem (Ácido gadotérico)	15mL I.V.	99933	23GD330B	Guerbet (Brasil)	7/7/25	7/7/25	Resonancia magnética contrastada de abdomen y pelvis
2. 0.5 mmol/mL			08/26				Dx: [illegible]

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

Descripción de la Reacción Adversa	Fechas Inicio	Fechas Final	Consecuencias de la reacción. Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda (ver abajo)
Náuseas, salivación y sensación de cuerpo extraño en la garganta	7/7/25	7/7/25	Se le tuvo que omitir el estudio y colocar en observación c medicación

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

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA

Se produjo la reacción con una sola dosis	Disminuyó la dosis de medicamento sospechoso	Suspendió el uso del medicamento sospechoso	Readministró el medicamento sospechoso
Si ✓ No ___	Si ___ No ___	Si ___ No ___	Si ___ No ___
	Desapareció la reacción al disminuir la dosis Si ___ No ___	Desapareció la reacción al suspender el uso del 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 (Si el tratamiento es crónico indíquelo)	Fecha de Término	Diagnóstico que motiva la Prescripción
Perindopril	10mg vo en am			HTA
Amlodipina	10mg vo en p.m.			

6. Observaciones (Datos de Laboratorio y Otros)

Notificador (Profesión) Médico [x] Farmacéutico [ ] Enfermera [ ]
Otros ____
Requiere Usted los resultados de la evaluación Si ✓ No ____
Nombre del Notificador: Dr. Jorge Morgan Registro 7454
Instalación de Salud: HSJC
Provincia o Región: Panamá Metro Tel./Fax: ____
Firma: ____

Dr. Jorge D. Morgan Ch.
Medicina General y Urgencias
Hosp. Susana Jones Cano - C.S.S.
Id. M-986 Reg. 7454

Puede llamar al [illegible] o enviar por fax (513-1045) para iniciar los trámites o al E-mail: farmacovigilancia@css.gob.pa También puede enviarlo al edificio 519 Clayton, segundo piso oficina 56. Nota: se deberá enviar el formulario original, si lo envía por fax o e-mail.

Fundamento Ley: Artículo 60 de la Ley No 1 del 10 de enero del 2001 sobre medicamentos y otros productos para la salud humana. Artículo 11 del Decreto Ejecutivo 105 del 15 de abril del 2003. (Tanto para reacciones adversas como para fallas).

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
RECIBIDO
CEFV
Por: ____
Fecha: 8/7/25 Hora: 3:30