

CLTV-66-25 KAM-1756-25



CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMISIÓN DE MEDICAMENTOS
CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS
CONFIDENCIAL

RECIBIDO
02-640-17
1ra. CASESO

04/10/2005 11:56m
7/7/25

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN: 7/7/25

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: 1.59m
Signos Vitales: PA 165/97 FC 84x' FR 19x' T° 36.1°C

original con información ampliada

Antecedentes de importancia: Marque la que corresponda.

<input type="checkbox"/> Alergias, A qué: _____	<input type="checkbox"/> Tabaquismo, Frecuencia _____	<input type="checkbox"/> Renal _____	<input type="checkbox"/> GI _____
<input type="checkbox"/> Embarazo, Semanas _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Cardíaco _____	<input type="checkbox"/> Piel _____
<input type="checkbox"/> Alcohol, Frecuencia _____	<input checked="" type="checkbox"/> HTA _____	<input type="checkbox"/> Respiratorio _____	<input type="checkbox"/> Neurológico _____
<input type="checkbox"/> Drogas, Cuál _____	<input type="checkbox"/> Hepático _____	<input type="checkbox"/> Hematológico _____	<input type="checkbox"/> 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. <u>Dofetilol (Acido gástrico)</u>	<u>15ml i.v.</u>	<u>99933</u>	<u>23GD330B</u>	<u>Guerbet (Brasil)</u>	<u>7/7/25</u>	<u>7/7/25</u>	<u>Resonancia magnética</u>
2. <u>0.5 mmol/mL</u>			<u>08/26</u>				<u>contraste de abdomen y pelvis</u>

Dr. Dolo y peticiones crónicas

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	
<u>Náusea, hinchazón y sensación de cuerpo extraño en la garganta</u>	<u>7/7/25</u>	<u>7/7/25</u>	<u>de fe fue que omitió el estudio y creen en deserción e medicación</u>

A- Recuperado sin secuelas, B- Recuperado con secuelas, C-Aún con síntomas, D-Ameritó tratamiento, E-Ameritó 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 Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Disminuyó la dosis de medicamento sospechoso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desapareció la reacción al disminuir la dosis Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Suspendió el uso del medicamento sospechoso Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desapareció la reacción al suspender el uso del medicamento sospechoso Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Readministró el medicamento sospechoso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	---	---	--

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	Fecha de Término	Diagnóstico que motiva la Prescripción
		(Si el tratamiento es crónico indíquelo)		
<u>Paracetamol</u>	<u>10mg vo en am</u>			<u>HTA</u>
<u>Analgesivo</u>	<u>10mg vo en p.m.</u>			

6. Observaciones (Datos de Laboratorio y Otros)

*** Error de llenado. Se consulta al notificador, técnico radiología, No se readministra el medio de contraste. Ya menciona en el formulario: que se omitió estudio y el pte es puesto en observación

Notificador (Profesión) Médico Farmacéutico Enfermera
 Otros _____
 Requiere Usted los resultados de la evaluación Si No
 Nombre del Notificador: Dr. Jorge Morgan Registro 7354
 Institución de Salud: H.S.T.C Dr Jorge D. Morgan Ch.
 Provincia o Región: Caracas Metro Tel./Fax: Medicina General y Urgencias
 Firma: [Firma]
 Puede llamar al 0212-524030 o enviar por fax (513-1045) para iniciar los trámites o al E-mail: farmacovigilancia@css.org.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)

ORIGINAL

08/7/25