



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

COD. 4-02-643-17
Imp. CASESO

9/7/25

Teléfono mamá 658914.

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Kire Malih Graell López Cédula: 8-1258-1570 S.S.: _____ Edad: 32 Sexo: F Peso: 16kg Talla: _____
Signos Vitales: PA _____ FC 120/L FR 20/L T° 37° RAM-1737-25

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, 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. <u>Paracetamol Paracetamol</u>	<u>7.5ml v.o</u>	<u>42870</u>	<u>Lote 4505</u>	<u>Laboratorios</u>	<u>9/7/25</u>	<u>9-7-25</u>	<u>Fiebre</u>
2. <u>120mg/5ml Pibacel</u>	<u>## solución</u>		<u>Exp 12/2028</u>	<u>Rigor Panamá</u>			

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>Prescrite prescrite pronto y erupción cutánea (habones) en extremidades. Sin datos de dificultad respiratoria</u>	<u>9-7-25</u>	<u>9-7-25</u>	<u>B - Recuperación sin secuelas luego de #1 de Clorfeniramina IV</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 persistente o grave No han causado nada de lo anterior y considero que No es grave

Ameritó tratamiento: Sí No En caso afirmativo, especifique: Clorfeniramina IV ## dosis

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 type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" type="checkbox"/> No aplica	Suspendió el uso del medicamento sospechoso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" type="checkbox"/> No aplica	Readministró el medicamento sospechoso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica
	El acontecimiento mejora al disminuir la dosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" type="checkbox"/> No aplica	El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" type="checkbox"/> No aplica	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

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)		
<u>Ondansetrón</u>	<u>2mg IV ##</u>	<u>9-7-25</u>	<u>9-7-25</u>	<u>Vómitos</u>
<u>Virogrip tripeptinas</u>	<u>1 cucharadita v.o.</u>	<u>8-7-25</u>	<u>9-7-25</u>	

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).

Notificador (profesión): Médico Farmacéutico Enfermera
 Otros _____
 Nombre de notificador: Jeanette Rojas Registro: 4767
 Instalación de Salud: Hospital Hospital General
 Provincia o región de salud: Panamá San Miguel
 Fecha de notificación: 9/7/25 Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____ Firma: Jeanette Rojas
 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.notificacentroamerica.net>)

RECIBIDO
CIFV
9/7/25 1:32