



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

COD. 02-543-17
Imp. CASESO

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN: 8/7/2025

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Luis Villanar Cédula: 8-530-2177 S.S. 8-530-2177 Edad: 57 Sexo: Mac Peso: 71 kg Talla: 1.75m
Signos Vitales: PA 155/90 FC 60x' FR 15x' T° RAM-1738-25

Antecedentes de importancia: Marque la que corresponda.

☒ Alergias, A qué: Camerona ☐ Tabaquismo, Frecuencia ☐ Renal ☐ GI
☐ Embarazo, Semanas ☐ Diabetes ☐ Cardíaco ☐ Piel
☐ Alcohol, Frecuencia ☒ HTA Hace 3 meses de ☐ 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. Optivar 320	85ml i.v. stat	35885	X2428	GUERBET	8/7/2025	8/7/2025	CT deprimida
2. (Fodou Unido orgánicamente)			Feb 10/2024	(USA)			Contratado

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	
Rash entomoso en brazo (alrededor de la camión)	8/7/2025	8/7/2025	No dificultad respiratoria ni signo de Angitis.

A- Recuperado sin secuelas, B- Recuperado con secuelas, C- Aún con síntomas, D- Aumentó tratamiento, E- Aumentó hospitalización o la prolongó, F- Afectó el embarazo, G- Produjo Malformaciones, H- Muerte I- No sabe J- Otras (especifique) SSN 50000 5 clorfeniramina 10mg, meliprednisolona 80mg

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA

Se produjo la reacción con una sola dosis Si ☒ No ☐	Disminuyó la dosis de medicamento sospechoso Si ☐ No ☒ Desapareció la reacción al disminuir la dosis Si ☐ No ☒	Suspendió el uso del medicamento sospechoso Si ☒ No ☐ Desapareció la reacción al suspender el uso del medicamento sospechoso Si ☐ No ☒	Readministró el 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	Fecha de Término	Diagnóstico que motiva la Prescripción
Ibuprofeno	300mg v.o qd	Tratamiento crónico iniciado hace 3 meses		HTA

6. Observaciones (Datos de Laboratorio y Otros)

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

RECIBIDO

Por: Alexandra Henao

Fecha: 10/07/2025 Hora: 2:44 pm

Notificador (Profesión) Médico ☒ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐
Otro: ☐
Requiere Usted los resultados de la evaluación Si ☒ No ☐
Nombre del Notificador: Dr. Jorge D. Morgan Ch. Registro: 7454
Instalación de Salud: HSP
Provincia o Región: Panamá metro Tel./Fax: 6781-1350
Firma:
Puede llamar al Tel.: 513-1030 o enviar por fax (513-1045) para recibir los trámites o al E-mail: farmacovigilancia@css.gob.pa También puede enviarlos al General y Urgencias edificio 519 Clayton segundo piso oficina 56. Nota: se deberá enviar el formulario original, si lo envía por fax o e-mail.
Cód. M-886 Reg. 7454

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).

10/07/2025

kw Completo
10/07/2025
10/07/2025