



RAM-1739-25

CAJA DE SEGURO SOCIAL PLFF-FV-009-2021

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

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

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

140
Jan 16-7-2020

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Raquel de Domínguez cedula: 7-72-251855 Edad: 68 Sexo: M Peso: Talla:
Signos Vitales: PA 130/80 FC 101 FR 16 T° 38°

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

Alergias, ¿a qué? AINES Tabaquismo, frecuencia NO Renal NO GI NO
 Embarazo, semanas NUNCA Diabetes NO Cardíaco NO Piel NO
 Alcohol, frecuencia NUNCA HTA NO Respiratorio NO Neurológico NO
 Drogas, ¿Cuál? NO Hepático NO Hematológico NO 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>Dixation</u>	<u>800mg</u>	<u>NV7360</u>	<u>Feb 27</u>	<u>Sandoz</u>	<u>14/7/20</u>	<u>14/7/20</u>	<u>Alteña de</u>
2. <u>Dixson</u>	<u>Dosis única</u>	<u>reg. san. 107719</u>		<u>Sandoz</u>			<u>relaxantes musculares</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>Paciente recibe tratamiento N de Retirambo y tuvo 2 reacciones de exalérgicas tratada con corticoides y antihistamínicos + mejoró al suspender med</u>	<u>14/7/20</u>	<u>14/7/20</u>	<u>B</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 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

Aumentó tratamiento: Sí No En caso afirmativo, especifique:

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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	Readministró el medicamento sospechoso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input 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)		

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).

Notificador (profesión): Médico Farmacéutico Enfermera

Otros

Nombre de notificador: Alexandra Barrera Registro: 13085

Instalación de Salud: CHDI AAM

Provincia o región de salud: Panamá Metro

Fecha de notificación: 15/7/20 Teléfono: 5236013

Correo electrónico: 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.notificacentroamerica.net>)

Fundamento Legal: Artículo 60 de la Ley No.1 del 10 de enero de 2001 sobre medicamentos y otros productos para la salud humana. Artículo 277 del Decreto Ejecutivo No.13 de 1 de marzo de 2023.

RECIBIDO
13/7/20 Hora: 10:50