



FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

CONFIDENCIAL Co.l. HGNC-07-25-100

RAM-1741-25

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Hermelinda Casero Riquelme Cédula: 9-176-100 S.S.: 36-30667 Edad: 54 Sexo: F Peso: 59kg Talla: 1.50
Signos Vitales: PA 123/83 FC 82 FR 20 T° 36.4

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

- Alergias, ¿a qué? Bisoprololol, Metoprolol Tabaquismo, frecuencia _____ Renal _____ GI _____
 Embarazo, semanas _____ Diabetes _____ Cardíaco _____ Piel _____
 Alcohol, frecuencia _____ HTA _____ Respiratorio _____ Neurológico _____
 Drogas, ¿Cuál? _____ Hepático _____ Hematológico _____ Otros: especifique Alma.

2. DATOS DEL(O LOS) MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)

Nombre comercial, 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>Ciprodilo, Ciprodilamoni</u>	<u>400mg, IV, 9/2h</u>	<u>81197</u>	<u>2A27324/P/2023</u>	<u>Quilpa Hondia</u>	<u>12/7/25</u>	<u>13/7/25</u>	<u>Inf. pulmonar</u>
2. <u>200mg/100ml, Solución Inyectable</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>Punto picado rojas y náuseas</u>	<u>12/7/25</u>	<u>13/7/25</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 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:

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA:

Se produjo la reacción con una sola dosis	Disminuyó la dosis del medicamento sospechoso	Suspendió el uso del medicamento sospechoso	Readministró el medicamento sospechoso
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica
	El acontecimiento mejora al disminuir la dosis	El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso	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	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input 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
<u>Hedroxocina</u>	<u>1768 VO HS</u>	<u>12/7/25</u>		<u>Rinitis</u>
<u>metoprolol</u>	<u>HS VO HS</u>	<u>12/7/25</u>		<u>Alma</u>
<u>metformina</u>	<u>500mg IV 9/2h</u>	<u>12/7/25</u>		<u>Inf. pulmonar</u>

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).

Notificador (profesión): Médico Farmacéutico Enfermera
Otros _____
Nombre de notificador: Gilberto Hernández Registro: 7394
Instalación de Salud: Hospital General de la Ciudad de Panamá
Provincia o región de salud: Panamá
Fecha de notificación: 14-7-25 Teléfono: 911-1300
Correo electrónico: ghm16181@hospital.gob.pa Firma: México
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
Fecha: 17/7/25 Hora: 3:30

		Inuua	Tenuu
mitoleprauke	1 ap 1v. C/84.	13/7/25	13/7/15