



MINISTERIO DE SALUD
SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
Formulario de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos
CONFIDENCIAL

**1. DATOS DEL PACIENTE:**

Nombre: Sergio Ramirez Cédula: 4-878-1251 Edad: 9 años Sexo: Masculino Peso: 25.8 kg Talla: 140 cm
Signos vitales: PA 100/70 FC 90 FR 22 T° 37°C

Antecedentes de importancia. Marque la que corresponda.

☐ Alergias, A qué: _____ ☐ Tabaquismo, Frecuencia _____ ☐ Renal _____ ☐ GI _____
☐ Embarazo, Semanas _____ ☐ Diabetes _____ ☐ Cardíaco _____ ☐ Piel _____
☐ Alcohol, Frecuencia _____ ☐ HTA _____ ☐ Respiratorio _____ ☒ Neurológico Convulsión Febril
☐ Drogas, Cuál _____ ☐ Hepático _____ ☐ Hematológico _____ ☒ Otros: Especifique Insuficiencia Renal

2. DATOS DEL (O LOS) MEDICAMENTO (S) SOSPECHOS (S):

Nombre Comercial, Nombre Genérico, Concentración y Forma Farmacéutica	Dosis, Vía y Frecuencia de Administración	Registro Sanitario	Lot/ Fecha de Expiración	Laboratorio Fabricante / País de Origen	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Diagnóstico que motiva la prescripción
1. Fenobarbital	64 mg VO 1/2h	R9-18271	F3T 223	Laboratorio Prieto	11/7/2025	13/7/2025	Convulsión
2.							

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	
Ronchas, hinchazón - Urticaria	11/7/2025	13/7/2025	Riesgo de daño sistémico

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

Amerito tratamiento ☒ Sí ☐ No En caso afirmativo, especifique: Rupatadina e Hidroxizina

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA

Se produjo la reacción con una sola dosis ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☒ No aplica	Disminuyó la dosis del medicamento sospechoso ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ No aplica El acontecimiento mejora al disminuir la dosis ☒ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica	Suspendió el uso del medicamento sospechoso ☒ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso ☒ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica	Readministró el medicamento sospechoso ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ No aplica Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☒ No aplica
---	---	--	---

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 (Si el tratamiento es crónico indíquelo)	Fecha de Término	Diagnóstico que motiva la prescripción

6. Observaciones (Datos de Laboratorio y Otros)

Notificador (Profesión): Médico ☒ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐ Otros

Nombre del Notificador: José Ariel Arenas Monterrosa

Instalación de Salud: Hospital José Domingo Obaldia

Provincia o Región de Salud: Chiriquí

Fecha de notificación: 16/7/2025 Teléfono: 775-42-21

Correo electrónico: ariel.arenas@habilita.sld.cr

Firma: [Firma]

Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail fvigilancia@minsa.gob.pa, pero luego debe igualmente enviar el formulario original. Sin embargo, recuerde que en lugar de este formulario está disponible la plataforma de notificación en línea, Noti-Facedra (<https://www.notificacentroamerica.net>).