



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

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

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

PLMMV-013-2025

RAM-1742-25

1. DATOS DEL PACIENTE:							
Nombre: LUIS VILLARREAL Cédula: 8-530-2177 S.S.: Edad: 57 Sexo: M Peso: 78.5 kg Talla: 1.78 CM							
Signos Vitales: PA 170/90 FC 68 FR 14 T°							
Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.							
☐ Alergias, ¿a qué? NO Tabaquismo, frecuencia NO Renal NO GI NO							
☐ Embarazo, semanas NO Diabetes NO Cardíaco NO Piel NO							
☐ Alcohol, frecuencia NO HTA SI 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. LISINAPRIL USP 20 MG	20 MG	R-79269	LOTE A5025M125/ EXP 12/26	Aurochem Pharmaceuticals (India)	14/03/2025	29/06/2025	HTA
2.							
3. SOSPECHA DE REACCIÓN(ES) ADVERSA(S):							
Descripción de la Reacción Adversa PRURITO GENERALIZADO		Fechas		Consecuencias de la reacción. Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda (ver abajo) D			
		Inicio	Final				
		14/03/2025	29/06/2025				
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: Loratadina 10 mg por 10 días y lubriderm.							
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	Suspendió el uso del medicamento sospechoso ☒ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica	Readministró el medicamento sospechoso ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ No aplica	El acontecimiento mejora al disminuir la dosis ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☒ No aplica	El acontecimiento mejora al suspender el uso del 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: (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			
amlodipina 5 mg	5 mg cada día	crónico		HTA			
6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).							
Paciente se reevalúa con control de presión y las mismas fuera de rango agrego amlodipina, acude refiriendo prurito generalizado se intensificó se suspende uso de amlodipina y de lisinopril.				Notificador (profesión): Médico ☒ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐			
Inicia irbesartan 30/6/25 con disminución del prurito. Al indagar sobre posibles causas refiere utilizar jabón zote para bañarse. Se orienta sobre cuidado de la piel y utilizar jabones neutros.				Otros: _____			
				Nombre de notificador: Fatima Pérez Registro: 8648			
				Instalación de Salud: Pol. Lic. Manuel María Valdés			
				Provincia o región de salud: San Miguelito			
				Fecha de notificación: 18/7/2025 Teléfono: 503-1500			
				Correo electrónico: fatperez@css.gob.pa 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.notificacentoamerica.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.