CLFV-PSJDD-04

CAJA DE SEGURO SOCIAL

COD. 4-02-0008-01
Imp. CASESO

DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD
CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA ESAVI-1743-25

FORMULARIO DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)

CONFIDENCIAL

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Leydis Perez Castro Cédula: 7-121-1198 S.S.: N/A Edad: 4 Sexo: F Peso: 16Kg Talla: 102

Signos Vitales: PA ____ FC 98 FR 22 T° ____

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

- ☐ Alergias, ¿a qué? No
- ☐ Embarazo, semanas ____
- ☐ Alcohol, frecuencia ____
- ☐ Drogas, ¿Cuál? ____
- ☐ Tabaquismo, frecuencia ____
- ☐ Diabetes ____
- ☐ HTA ____
- ☐ Hepático ____
- ☐ Renal ____
- ☐ Cardiaco ____
- ☐ Respiratorio ____
- ☐ Hematológico ____
- ☐ GI ____
- ☐ Piel ____
- ☐ Neurológico ____
- ☐ Otros: especifique ____

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

Nombre de la vacuna	Lugar y vía de administración	Número de dosis	Fecha de aplicación	Laboratorio fabricante y país de origen	Lote(s)/ Fecha de expiración	Registro sanitario	Diagnóstico que motiva la prescripción
1. Tetraxim	Deltoide IM	1	16/7/25	Sanofi Pasteur	X3B471V	-	Inmunizacion
2. Varicela	Deltoide	1	16/7/25	Merck Sharp	Y013052	-	Inmunizacion

3. SOSPECHA DE EVENTO(S) ADVERSO(S):

Eventos

- ☐ Reacción alérgica
- ☐ Reacción anafilática
- ☐ Fiebre
- ☐ Absceso
- ☐ Lipotimia o flacidez
- ☐ Neumonía
- ☐ Trombocitopenia
- ☐ Episodio de Hipotonía
- ☑ Reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento)
- ☐ Irritabilidad
- ☐ Exantema
- ☐ Otras (especifique): ____

Fecha de inicio del evento:

Fecha de finalización del evento:

Consecuencia de la reacción ▷
A- Recuperado con secuelas, B- Recuperado sin secuelas, C- En recuperación, D- No recuperado, E-Desconocida F- Mortal.
Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda:

Considera Usted que los eventos 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

Ameritó tratamiento: Sí ☑ No ☐ En caso afirmativo, especifique: Diclofenaco Sodico + clorfenamina

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DEL EVENTO:

Recibió medicamentos post-vacunales: ☑ Sí ☐ No
Si su respuesta es Sí, mencionar cuales fueron:
Acetaminofen.

Que tiempo después de recibir la vacuna presentó el evento:

- ☐ menos de 1 hora
- ☑ 1 a 12 horas
- ☐ >12 a 24 horas
- ☐ más de 24 horas

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 (resultados de laboratorio y otros)

Notificador (profesión): Médico ☑ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐
Otros ____
Nombre de notificador: Xavier Jaen Registro: 9465
Instalación de Salud: PSJD La Villa
Provincia o región de salud: Los Santos
Correo electrónico: xajaen@css.gob.pa Teléfono: ____
Firma: ____ Fecha de notificación: 18/07/25

Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: farmacovigilancia@css.gob.pa pero luego de igualmente enviar el formulario original. También puede enviarlo al CIFV-CSS en el Edificio 519 Clayt segundo piso oficina 51 (tel.:513-1039 / 513-1081). Recuerde que en lugar de este formulario disponible la plataforma de notificación en línea, Noti-Facedra (https://www.notificacentroamerica.

Artículo 71 de la Ley No. 419 de 1 de febrero de 2024, Que regula medicamentos y otros productos para la salud hum
Decreto Ejecutivo No. 217 de 10 de mayo de 2024.