

RECIBIDO



Por: Dr. Herrera

Fecha: 12/08/25 COD. 4402-0008-01

Hora: 9:48 am



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

ESAVI-1748-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE:
Nombre: Yarmeth Nunez Cédula: 8-11532310 Edad: 11 Sexo: F Peso: 35 Talla: 143
Signos Vitales: PA 90/50 FC 94 FR 20 T 36
Antecedentes de importancia marque la que corresponda:
☐ Alergias, ¿a qué? NO ☐ Tabaquismo, frecuencia — ☐ Renal — ☐ GI —
☐ Embarazo, semanas — ☐ Diabetes — ☐ Cardíaco — ☐ Piel —
☐ Alcohol, frecuencia — ☐ HTA — ☐ Respiratorio — ☐ Neurológico —
☐ Drogas, ¿Cuál? — ☐ Hepático — ☐ Hematológico — ☐ Otros: especifique —

2. DATOS DEL MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)
Nombre de la vacuna: VPH (1) Lugar y vía de administración: Esc. Jacinto Número de dosis: 1 Fecha de aplicación: 12/08/25 Laboratorio fabricante y país de origen: — Lot(es) / Fecha de expiración: — Registro sanitario: — Diagnóstico que motiva la prescripción: —

Aplicado por
MINSA

3. SOSPECHA DE EVENTO(S) ADVERSO(S):
Eventos:
☐ Reacción alérgica ☒ Lipotimia o flacidez ☐ Reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento)
☐ Reacción anafiláctica ☐ Neumonía ☐ Irritabilidad
☐ Fiebre ☐ Trombocitopenia ☐ Exantema
☐ Absceso ☐ Episodio de Hipotonia ☐ Otras (especifique): Cefalea
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: D

Considere Usted que los eventos 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
Amenó el tratamiento: ☒ Si ☐ No En caso afirmativo, especifique: Hidratación + analgesia

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DEL EVENTO:
Recibió medicamentos post-vacunales: ☐ Si ☒ No
Si su respuesta es Si, mencionar cuáles fueron: —
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: — Fecha de término: — Diagnóstico que motiva la prescripción: —

6. OBSERVACIONES (resultados de laboratorio y otros):
Notificador (profesión): ☒ Médico ☐ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐
Otro: —
Nombre de notificador: B. Herrera
Instalación de Salud: PEPOCSS
Provincia o región de salud: Chiriquí
Correo electrónico: — Teléfono: 62565810
Fecha de notificación: 2025-08-12
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. Notifíacreda (<https://www.notificacreda.minsa.gob.pa>)

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.

Ref: Siguen blando Episodios

#3. Caracterizado por lipotimia debilidad, cefalea, mareos desde el día de la vacunación. Aplicado en Escuela de Jacinto de Abajo x MINSA.

CAJA DE SEGURO SOCIAL
POL. DE P.
DR. B.
MED. LEGAL
CÓD. 14563 RE 2. 4491