



RAM-1752-25

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

CONFIDENCIAL Codip: HGNC-08-25-102

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Jiménez Díaz Cédula: 6-735-122 S.S. Edad: 9 años Sexo: F Peso: Talla:
Signos Vitales: PA FC 116 FR 22 T°

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

- Alergias, ¿a qué? Tabaquismo, frecuencia Renal GI
- Embarazo, semanas Diabetes Cardíaco Piel
- Alcohol, frecuencia HTA Respiratorio Neurológico
- Drogas, ¿Cuál? Hepático Hematológico 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. <u>Salbutamol</u>	<u>0.3ml #3/4am</u>	<u>01192</u>	<u>12 2024</u>	<u>LA FARMACIA S.A</u>	<u>13/8/25</u>	<u>14/8/25</u>	<u>No se especifica</u>
2. <u>Nebivololol</u>	<u>8.7672</u>	<u>87672</u>	<u>12 2024</u>	<u>Argentina</u>			<u>Región</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>Taquicardia + hepatemia</u>	<u>14/8/25</u>	<u>14/8/25</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: Hidratron un 50ml 500ml IV

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 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
	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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input 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 type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" 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 (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 de notificador: Jennifer Miller Registro: 9388
Instalación de Salud: AGNO
Provincia o región de salud: Herman
Fecha de notificación: 16/8/25 Teléfono: 68308520
Correo electrónico: jfmiller22@gmail.com Firma: J Miller
Puede enviar para trillar 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>)

DTU Jennifer Miller A
MEDICINA GENERAL
REG 9388

Fundamento Legal: Artículo 71 de la Ley No. 419 de 1 de febrero de 2024, Que regula medicamentos y otros productos para la salud humana. Artículo 302 del Decreto Ejecutivo No. 27 de 10 de mayo de 2024.

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

RECIBIDO

Por: J. Miller
Fecha: 18/08/25 Hora: 2:44 pm.