



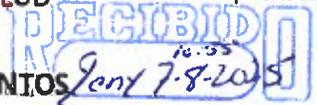
# CAJA DE SEGURO SOCIAL

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

CLFE - FV - 010 - 2025

RAM 1753-25

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



## FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS CONFIDENCIAL

### 1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Aurelia Escobar Cédula: 9-82-551 S.S.: \_\_\_\_\_ Edad: 72a Sexo: F Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Signos Vitales: PA \_\_\_\_\_ FC 78 FR 16 T° \_\_\_\_\_ Tel = 6170-7462

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

- Alergias, ¿a qué? \_\_\_\_\_  Tabaquismo, frecuencia \_\_\_\_\_  Renal \_\_\_\_\_  GI \_\_\_\_\_
- Embarazo, semanas \_\_\_\_\_  Diabetes \_\_\_\_\_  Cardíaco \_\_\_\_\_  Piel \_\_\_\_\_
- Alcohol, frecuencia \_\_\_\_\_  HTA \_\_\_\_\_  Respiratorio ASMA  Neurológico \_\_\_\_\_
- Drogas, ¿Cuál? \_\_\_\_\_  Hepático \_\_\_\_\_  Hematológico \_\_\_\_\_  Otros: especifique Artritis Reumatoide

### 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>Tofutab 5 mg tableta</u>	<u>5 mg VO BID</u>	<u>200101</u>	<u>A627A/NOV2017</u>	<u>Navitormo- Argentina</u>	<u>Mayo 2017</u>	<u>Agosto 2017</u>	<u>Artritis Reumatoide</u>
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	
<u>Epigastralgia</u> <u>El vomito de hemorragia</u> <u>transcurrida</u>	<u>Mayo 2017</u>	<u>Agosto 2017</u>	<u>C</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 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: \_\_\_\_\_

### 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 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	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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
	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 type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" 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

### 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
		(Si el tratamiento es crónico indíquelo)		
<u>Prednisona</u>	<u>5 mg VO c/ día</u>	<u>Crónico</u>		<u>Artritis Reumatoide</u>
<u>Ambloipiro</u>	<u>5 mg VO c/ día</u>	<u>Crónico</u>		<u>Hipertensión Arterial</u>

### 6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).

Notificador (profesión): Médico  Farmacéutico  Enfermera  Otros \_\_\_\_\_

Nombre de notificador: Ramón Píriz Arriño Registro: 3963

Instalación de Salud: Complejo Hospitalario Arriño, Montevideo

Provincia o región de salud: Montevideo

Fecha de notificación: 04/08/2017

Correo electrónico: reipag64@gmail.com Firma: [Firma]

Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: farmacovigilancia@caso.gov.uy pero luego debe igualmente enviar el formulario original. También puede enviarlo al CIVF-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>)

RECIBIDO CIVF

20/8/25 Hora: 8:25