



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

COD: 4-02-643-17
 IMP. CASESO
RECIBIDO

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

Por: 09/1
 Fecha: 21/09/25 Hora: 1:25 PM

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: PACIFICO MARTINEZ VALDEZ cédula: 6-50-1430 S.S.: _____ Edad: 66 Sexo: M Peso: _____ Talla: _____
 Signos Vitales: PA _____ FC _____ FR _____ T° _____ RAM-1758-25
 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. OCTILEOTIDE/OCTILEOTIDE	50 mcg		N025E24/	CAPLIN Point	28/2/25	28/2/25	SANGRADO DIGESTIVO
2. O.1 mg/1 mL SOL	Bolo IV.		10/2010	India			ALTO x VARIAS ESOFAGICAS

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	
- DISNEA			C
- PLETÓRICO	28/2/25	28/2/25	
- DESORIENTACIÓN EN TIEMPO	28/2/25	28/2/25	

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...

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Han puesto en peligro la vida | <input type="checkbox"/> Han causado defecto o anomalía congénita |
| <input type="checkbox"/> Han sido la causa de hospitalización | <input type="checkbox"/> Han causado la muerte del paciente |
| <input checked="" type="checkbox"/> Han prolongado la estancia en el hospital | <input type="checkbox"/> No han causado nada de lo anterior, pero considero que es grave |
| <input type="checkbox"/> Han originado incapacidad persistente o grave | <input type="checkbox"/> No han causado nada de lo anterior y considero que No es grave |

Ameritó tratamiento: Sí No En caso afirmativo, especifique: CLORFENIRAMINA, METILPREDNISOLONA

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 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 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 checked="" 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	Fecha de término	Diagnostico que motiva la prescripción
		(Si el tratamiento es crónico indíquelo)		

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros)

Notificador (profesión): Médico Farmacéutico Enfermera
 Otros _____
 Nombre de notificador: MIGUEL HERRERA Registro: M1-7133-24
 Instalación de Salud: HGNC
 Provincia o región de salud: HELLERA
 Fecha de notificación: 28/2/25 Teléfono: 6913-1100
 Correo electrónico: _____ Firma: _____
 Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: farmacovigilancia@css.gov.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>)

IDC: 1787846