Cod : HGNC-08-25-104

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

Fecha: 21/09/2025 Hora: 21:36 pm

RAM-1759-25

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: PACÍFICO MARTÍNEZ VALDÉZ Cédula: 6-50-1430 S.S.: _____ Edad: 66 a Sexo: M Peso: _____ Talla: _____

Signos Vitales: PA _____ FC _____ FR _____ T° _____

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

- ☐ Alergias, ¿a qué? _____
- ☐ Tabaquismo, frecuencia _____
- ☐ Renal _____
- ☐ GI _____
- ☐ Embarazo, semanas _____
- ☐ Diabetes _____
- ☐ Cardiaco _____
- ☐ 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. PHYTODON INJECTION - D	10 mg IV	109230	EPD224004	FLAGSHIP INDIA	22/2/25	22/2/25	SANGRADO DIGESTIVO ALTO x VARICES ESOFÁGICAS
2. FITOMENADIONA 10mg/1mL	IV		01/2026	BIOTECH INTERNATIONAL	22/2/25	22/2/25	

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	22/2/25	22/2/25	C
- PLETÓRICO	22/2/25	22/2/25	
- DESORIENTACIÓN EN TIEMPO	22/2/25	22/2/25	

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...

- ☑ 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: 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
☑ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica	☐ Sí ☑ No ☐ No sabe ☐ No aplica	☑ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica	☐ Sí ☑ No ☐ No sabe ☐ No aplica
	El acontecimiento mejora al disminuir la dosis: ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☑ No aplica	El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso: ☐ Sí ☐ No ☑ No sabe ☐ No aplica	Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso: ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☑ No aplica

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA: (incluye medicina tradicional, medicamentos prescritos, automedicación, terápias 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: MIGUEL HERRERA Registro: MI-7133-24
Instalación de Salud: HGNCR
Provincia o región de salud: HERRERA
Fecha de notificación: 22/2/25 Teléfono: 6913-1100
Correo electrónico: _____ Firma: _____

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, Noti-Facedra (https://www.notificacentroamerica.net)

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.

IDC: 1787848

Formulario con fecha corregida

Parbhu Cigarruista, Devi

lun 1/9/25 2:36 p.m.

Para:Farmaco Vigilancia <farmacovigilancia@css.gob.pa>;

Cc:Guanti S., Odalis Del C. <oguanti@css.gob.pa>;

1 dato adjunto

RAM Fitomenadiona fecha expiración corregida.pdf;

Buena tardes, adjuntamos formulario de RAM con código HGNC-08-25-104, donde se corrige fecha de expiración del medicamento ya que la anterior estaba equivocada. La fecha real de expiración es 1/2026, la misma fue verificada en la etiqueta de la ampolla del medicamento utilizado.

Saludos y disculpe el inconveniente.

DRA. DEVI PARBHU
COORDINADORA DEL COMITÉ LOCAL DE FARMACOTERAPIA Y FARMACOVIGILANCIA
Correo: dparbhu@css.gob.pa
Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado Ríos
Caja de Seguro Social - Teléfonos : 913-1100 – EXT IP : 62810
Chitré, Herrera, Panamá.