



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

CLFV-PSJDD-06
COD. 4-02-0008-01
Imp. CASESO

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

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Anabel Ruiz C. Cédula: 6-208-1968.S. Edad: 44 Sexo: F Peso: 75 Talla: 1.70
Signos Vitales: PA 120/80 FC 80 FR 18 T° 37.5

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

☒ Alergias, ¿a qué? Latido ☐ 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	Lugar y vía de administración	Número de dosis	Fecha de aplicación	Laboratorio fabricante y país de origen	Lote(s)/ Fecha de expiración	Registro sanitario	Diagnóstico que motiva la prescripción
1. <u>UPH</u>	<u>HSL-1M</u>	<u>2da</u>	<u>19/4/25</u>				<u>Inmunización</u>
2.							

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 Hipotonía ☐ Otras (especifique):

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: C

Considera 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

Ameritó tratamiento: ☒ Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, especifique: Dicloxacilina 500mg / tab 6/6h x 7d

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DEL EVENTO:

Recibió medicamentos post-vacunales: ☐ Sí ☐ No
Si su respuesta es Sí, mencionar cuales 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 (Si el tratamiento es crónico indíquelo)	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción
<u>Indapamida</u>	<u>1.5 mg c/día</u>	<u>crónico</u>		

6. OBSERVACIONES (resultados de laboratorio y otros).

Notificador (profesión): Médico ☒ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐

Nombre de notificador: Eliza Medrano Registro: 9916

Instalación de Salud: 101 San Juan de Dios - La Ulla

Provincia o región de salud: Los Santos

Correo electrónico: elizamedrano24@gmail.com Teléfono: 6229-0159

Firma: Eliza Medrano Fecha de notificación: 2-3-2025

Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: farmacovigilancia@ccss.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.notificentroamerica.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.

Dra. Eliza M. Medrano
Rg. 17/2025