



RAM-1761-25

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

COD. 4-02-643 17
Imp. CAS/EC

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

SJ-RAM-003

1 DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Yoira Quintana Cédula: 8-321-516 Edad: 56 Sexo: F Peso: 160lb Talla: 1.54

Símbolos vitales: PA FC FR
Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.
Alergias, ¿a qué? Tabaquismo, frecuencia Penal 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)

Table with columns: Nombre comercial, Dosis, vía y frecuencia de administración, Registro sanitario, Fecha de exposición, Laboratorio fabricante y país de origen, Fecha de inicio, Fecha de término, Diagnóstico que motiva la prescripción. Includes handwritten entry for Celecoxib.

3. SOSPECHA DE REACCIÓN(ES) ADVERSA(S):

Table with columns: Descripción de la Reacción Adversa, Fechas (Inicio, Fin), Consecuencias de la reacción. Includes handwritten entry: dolor intestinal, diarrea, 16/8/2025, 26/8/2025, B.

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 es grave

Anterior tratamiento: Sí No En caso afirmativo, especifique: celecoxib, peplabismol

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA:

Table with columns: Se produjo la reacción con una dosis, Disminuyó la dosis del medicamento sospechoso, Suspensión del uso del medicamento sospechoso, Readministró el medicamento sospechoso.

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA: (incluye medicina tradicional, medicamentos prescritos, automedicación, terapias alternativas, etc.)

Table with columns: Medicamentos, Dosis, vía y frecuencia de administración, Fecha de inicio, Fecha de término, Diagnóstico que motiva la prescripción.

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).

Notificador (profesional médico, farmacéutico, enfermera)
Nombre de notificador: Yoira Quintana
Instalación de Salud: Policlínica de Nueva San Juan
Fecha de notificación: 9/9/2025
Correo electrónico: ihejames@css.gov.pa
Firma: Yoira Quintana
Teléfono: 6143236

