



MINISTERIO DE SALUD - SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
Formulario de Sospechas de Reacciones Adversas
FORMULARIO CONFIDENCIAL



1. DATOS DEL PACIENTE: Nombre _____ Cédula _____ Edad _____ Sexo _____ Peso _____ Talla _____
 Antecedentes de importancia: Marque la que corresponda.

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias, Cual: _____ | <input type="checkbox"/> Disfunción Hepática | <input type="checkbox"/> Tabaquismo, Frecuencia _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Embarazo, Semanas _____ | <input type="checkbox"/> Disfunción Renal | <input type="checkbox"/> PA _____ <input type="checkbox"/> T° _____ | |
| <input type="checkbox"/> Alcohol, Frecuencia _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> FC _____ | |
| <input type="checkbox"/> Drogas, Cuál _____ | <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> FR _____ | |

2. REACCIÓN (ES) ADVERSA (S)	Fechas		Consecuencias de la reacción coloque el número que mejor corresponda ver abajo
	Inicio	Final	

1-Recuperado sin secuelas, **2**-Recuperado con secuelas, **3**-Aún con síntomas, **4**-Ameritó tratamiento, **5**-Ameritó hospitalización o la prolongó, **6**-Afectó el embarazo, **7**-Produjo Malformaciones, **8**-Muerte **9**-No sabe **10**-Otras (especifique)

3. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA

Disminuyó la dosis de medicamento sospechoso Si _____ No _____ Desapareció la reacción al disminuir la dosis Si _____ No _____	Suspendió el uso del medicamento sospechoso Si _____ No _____ Desapareció la reacción al suspender el uso del medicamento sospechoso Si _____ No _____	Readministró el medicamento sospechoso Si _____ No _____ Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso Si _____ No _____	Se produjo la reacción con una sola dosis Si _____ No _____
---	---	---	--

4. DATO (S) MEDICAMENTO (S) SOSPECHOSO (S)

Nombre Comercial	Nombre Genérico	Dosis, Vía y Frecuencia de Administración	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Diagnóstico que motiva la prescripción
1.					
2.					

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA (incluyendo terapias alternativas o medicina tradicional, medicamentos prescritos, automedicación, 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)		

6. Observaciones (Datos de Laboratorio y otros)

Notificador (Profesión) M F E Otros _____
 Nombre del Notificador: _____
 Instalación de Salud: _____
 Tel/Fax: _____ Firma: _____
 Puede enviar por fax (512-9196) para iniciar los trámites o al e-mail fvigilancia@minsa.gob.pa. También puede enviarlo al Apartado postal 06812, Panamá 0816. Nota: se deberá enviar el formulario original, si lo envía por fax o e-mail.