

1. Datos generales:

Nombre: _____ Cédula: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Peso: _____ Estatura: _____

Antecedentes. Marque el que corresponda.

Alergias: Sí ☐ A qué: _____ No ☐

Embarazo: Sí ☐ Semanas: _____ No ☐

Alcohol: Sí ☐ No ☐

Drogas: Sí ☐ No ☐

Fuma: Sí ☐ No ☐

Problemas del hígado: Sí ☐ No ☐

Problemas del riñón: Sí ☐ No ☐

Problemas del corazón: Sí ☐ No ☐

Diabetes: Sí ☐ No ☐

Presión alta: Sí ☐ No ☐

Otros: Especifique _____

2. Medicamento Sospechoso que produjo el efecto no deseado	Presentación: Injectable, tableta, jarabe, crema, gotas orales, óvulos o tabletas vaginales, aerosol, gotas para ojos, líquidos	Registro Sanitario	Lote/ Fecha de Expiración	Cantidad de medicamento que toma por día, semana o mes	Fecha en que inicia con el medicamento (día/mes/año)	Para que se lo indicó el médico o para que lo usó

¿Con qué bebida toma usted sus medicamentos?

☐ Agua ☐ Jugo de frutas ¿Cuál? _____ ☐ Leche ☐ Café ☐ Té

☐ Otros (Especifique): _____

Toma usted sus medicamentos:

☐ Antes de las comidas

☐ Durante las comidas

☐ Después de las comidas

3. Efectos no deseados (Ej. Dolor de cabeza, mareos, etc.)	Tiempo pasado entre el consumo del medicamento e inicio de los efectos no deseados
	____ minutos ☐ , horas ☐ , días ☐ , semanas ☐ , meses ☐
	____ minutos ☐ , horas ☐ , días ☐ , semanas ☐ , meses ☐
	____ minutos ☐ , horas ☐ , días ☐ , semanas ☐ , meses ☐
	____ minutos ☐ , horas ☐ , días ☐ , semanas ☐ , meses ☐
	____ minutos ☐ , horas ☐ , días ☐ , semanas ☐ , meses ☐

Considera usted que los efectos no deseados que comunica...

☐ Han puesto en peligro su vida

☐ Han sido la causa de hospitalización

☐ Han prolongado la estancia en el hospital

☐ Han originado incapacidad persistente o grave

☐ Han causado defecto o enfermedad en el recién nacido

☐ 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

4. Otros medicamentos que ha tomado en los últimos 3 meses (medicamentos recetados, naturales y automedicados)	Presentación: Inyectable, tableta, jarabe, crema, gotas orales, óvulos o tabletas vaginales, aerosol, gotas para ojos, líquidos	Cantidad de medicamento que toma por día, semana o mes	Fecha en que inicia con el medicamento (día/mes/año)	Para que se lo indicó el médico o para que lo usó

5. ¿Qué hizo cuando apareció el efecto no deseado?	SI	NO	Posterior al efecto no deseado:	SI	NO
¿Dejó de usar el medicamento sospechoso?			Se recuperó		
¿Ha mejorado el efecto no deseado al dejar de usar el medicamento sospechoso?			Ameritó tratamiento		
¿Volvió a usar el medicamento sospechoso en otra ocasión diferente?			Se recuperó, pero quedó algún daño		
¿Si lo utilizó de nuevo, volvió a sentir los efectos no deseados?			Murió		

6. ¿Quiere usted decir algo más?

Quien notifica: Paciente ☐ Otro ☐ Nombre del que notifica: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de notificación: _____

Firma del paciente: _____ Firma del notificador: _____

Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail fvigilanica@minsa.gob.pa, pero luego debe igualmente enviar el formulario original. Sin embargo, recuerde que en lugar de este formulario está disponible la plataforma de notificación en línea, Noti-Facedra (<https://www.notificacentroamerica.net>).

Este formulario de notificación de sospecha de reacción adversa es una herramienta fundamental del Sistema Nacional de Farmacovigilancia para conocer el comportamiento de los medicamentos que utiliza la población. No tiene como fin evaluar el ejercicio profesional del médico, ni tiene carácter punitivo. Por lo cual, se le exhorta a notificar sus sospechas de reacciones adversas a medicamentos.

Fundamento Legal: Artículo 54 de la Ley No.1 del 10 enero del 2001 sobre medicamentos y otros productos para la salud humana. Artículo 304 del Decreto Ejecutivo No. 95 de 14 de mayo de 2019.

Para uso exclusivo del Centro Nacional de Farmacovigilancia

Fecha de ingreso: _____

Codificación: _____