



MINISTERIO DE SALUD  
SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA  
**Formulario de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos**  
CONFIDENCIAL – PACIENTES/CONSUMIDORES



**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 Suspechoso que produjo el efecto no deseado	Presentación: Inyectable, 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 <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses <input type="checkbox"/>
	____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses <input type="checkbox"/>
	____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses <input type="checkbox"/>
	____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses <input type="checkbox"/>
	____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses <input type="checkbox"/>

**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

<b>4. Otros medicamentos que ha tomado en los últimos 3 meses (medicamentos recetados, naturales y automedicados)</b>	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

<b>5. ¿Qué hizo cuando apareció el efecto no deseado?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Posterior al efecto no deseado:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿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 [fvigilancia@minsa.gob.pa](mailto:fvigilancia@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: \_\_\_\_\_