

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Cédula: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____

Signos vitales: PA _____ FC _____ FR _____ T° _____

Antecedentes de importancia. Marque la que corresponda.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias, A qué: _____ | <input type="checkbox"/> Tabaquismo, Frecuencia _____ | <input type="checkbox"/> Renal _____ | <input type="checkbox"/> GI _____ |
| <input type="checkbox"/> Embarazo, Semanas _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Cardíaco _____ | <input type="checkbox"/> Piel _____ |
| <input type="checkbox"/> Alcohol, Frecuencia _____ | <input type="checkbox"/> HTA _____ | <input type="checkbox"/> Respiratorio _____ | <input type="checkbox"/> Neurológico _____ |
| <input type="checkbox"/> Drogas, Cuál _____ | <input type="checkbox"/> Hepático _____ | <input type="checkbox"/> Hematológico _____ | <input type="checkbox"/> Otros: Especifique _____ |

2. DATOS DEL (O LOS) MEDICAMENTO (S) SOSPECHOS (S):

Nombre Comercial, Nombre Genérico, Concentración y Forma Farmacéutica	Dosis, Vía y Frecuencia de Administración	Registro Sanitario	Lote/ Fecha de Expiración	Laboratorio Fabricante / País de Origen	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Diagnóstico que motiva la prescripción
1.							
2.							

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

Descripción de la Reacción Adversa	Fechas		Consecuencias de la reacción. Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda (ver abajo)
	Inicio	Final	

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...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Han puesto en peligro la vida | <input type="checkbox"/> Han causado defecto o anomalía congénita |
| <input type="checkbox"/> Han sido la causa de hospitalización | <input type="checkbox"/> Han causado la muerte del paciente |
| <input type="checkbox"/> Han prolongado la estancia en el hospital | <input type="checkbox"/> No han causado nada de lo anterior, pero considero que es grave |
| <input type="checkbox"/> Han originado incapacidad persistente o grave | <input type="checkbox"/> No han causado nada de lo anterior y considero que NO es grave |

Amerito tratamiento Sí No En caso afirmativo, especifique:

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA

Se produjo la reacción con una sola dosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	Disminuyó la dosis del medicamento sospechoso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica El acontecimiento mejora al disminuir la dosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	Suspendió el uso del medicamento sospechoso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	Readministró el medicamento sospechoso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica
--	---	--	---

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

6. Observaciones (Datos de Laboratorio y Otros)

Notificador (Profesión): Médico Farmacéutico Enfermera Otros _____
 Nombre del Notificador: _____
 Instalación de Salud: _____
 Provincia o Región de Salud: _____
 Fecha de notificación: _____ Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____
 Firma: _____
 Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail 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>).

ANEXO

Formulario de notificación



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS
CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

REPORTE!

- ✓ La farmacovigilancia es un deber y responsabilidad de todos.
- ✓ Una reacción adversa es la respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas (OMS).
- ✓ Los profesionales de la salud deben notificar toda sospecha de reacción adversa de la que tengan conocimiento durante su práctica habitual.
- ✓ 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.

Instrucciones generales

Lea con atención este formulario. Procure utilizar letra legible y clara.

Datos del paciente: Para evitar duplicación de notificaciones, se necesitan el nombre, apellido y cédula del paciente. Complete la totalidad de los datos solicitados en cada apartado.

La información suministrada será de uso confidencial.

Notifique en la primera línea el fármaco que considere más sospechoso de haber producido la reacción adversa, o bien coloque un asterisco junto al nombre de los medicamentos sospechosos, si considera que hay más de uno involucrado.

Indique el nombre del laboratorio fabricante del medicamento, el número de lote, fecha de expiración y de registro sanitario.

Anote todos los demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores a la aparición de la reacción notificada.

Indique las fechas de inicio y final del tratamiento de los medicamentos, así como la fecha de inicio y final de aparición de las reacciones notificadas.

Para uso exclusivo del Centro Nacional de Farmacovigilancia

Fecha de ingreso: _____

Codificación: _____