



**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](mailto: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.