



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. ☐ Alergias, Cual: _____ ☐ Disfunción Hepática ☐ Tabaquismo, Frecuencia _____ ☐ Otros: _____ ☐ Embarazo, Semanas _____ ☐ Disfunción Renal ☐ PA _____ ☐ T° _____ ☐ Alcohol, Frecuencia _____ ☐ Diabetes ☐ FC _____ ☐ Drogas, Cuál _____ ☐ HTA ☐ 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.