



MINISTERIO DE SALUD - SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
Formulario de Sospechas de Fallas Farmacéuticas y Terapéuticas
FORMULARIO CONFIDENCIAL



Nombre Comercial, Concentración y Forma Farmacéutica	Presentación	Laboratorio Fabricante y País de Origen	Lotes	Fecha de Expiración

FALLAS FARMACÉUTICAS

Olor ☐ Color ☐ Sabor ☐ Separación de Fases ☐ Partículas Extrañas ☐ Contaminación ☐

Problemas de Disolución ☐ Problemas de Desintegración ☐ Otros ☐

COMENTARIOS. (Especifique la falla detectada y la cantidad de producto que tiene con el problema)

FALLAS TERAPÉUTICAS

Nombre del Paciente: _____ Cédula: _____ Edad: _____ Sexo _____ Peso o SC _____,

Dosis y posología indicada:

Dosis y posología prescrita:

Describe las razones por las que considera que el medicamento no alcanza el efecto terapéutico deseado:

OTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS (terapias alternativas, tradicional, prescritos, automedicación, etc.)

Medicamentos	Dosis, Vía y Frecuencia de Administración	Diagnóstico que motiva la prescripción

Notificador (Profesión) Médico ☐ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐ Otros _____

Nombre del Notificador: _____ Instalación de Salud: _____

Provincia o Región: _____ Tel./Fax: _____ Firma: _____

Puede enviar por fax (512-9404) 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.

Fundamento Legal: Artículo 60 de la Ley No.1 del 10 enero del 2001 sobre medicamentos y otros productos para la salud humana. Artículo 11 del Decreto Ejecutivo 105 del 15 de abril del 2003. (Tanto para reacciones adversas como para fallas.)