



MINISTERIO DE SALUD-DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS
SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
Formulario de Sospechas de Reacciones Adversas
FORMULARIO CONFIDENCIAL – PACIENTES/CONSUMIDORES



1. Datos importantes: Nombre _____ Cédula _____ Edad _____ Sexo _____

Peso _____ Estatura _____

Marque la que corresponda.

Alergias, Si A qué _____ No
 Embarazo, Si Semanas _____ No
 Alcohol: Si No
 Drogas: Si No
 Fuma: Si No

Problemas del Hígado: Si No
 Problemas del Riñón: Si No
 Problemas del Corazón: Si No
 Diabetes: Si No
 Presión alta: Si No
 Otros: _____

| 2. Medicamento Sospechoso que produjo el efecto no deseado | Presentación: Inyectable, tableta, jarabe, crema, gotas orales, óvulos o tabletas vaginales, spray, 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 |
|--|--|--|--|---|
| | | | | |
| | | | | |

| 3. Efectos no deseados (Ej. Dolor de cabeza, mareos, etc.) | Requirió atención en urgencia | | Requirió que se hospitalizara | | Tiempo pasado entre el consumo del medicamento e inicio de los efectos no deseados |
|--|-------------------------------|----|-------------------------------|----|--|
| | SI | NO | SI | NO | |
| | | | | | ____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses o más <input type="checkbox"/> |
| | | | | | ____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses o más <input type="checkbox"/> |
| | | | | | ____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses o más <input type="checkbox"/> |
| | | | | | ____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses o más <input type="checkbox"/> |
| | | | | | ____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses o más <input type="checkbox"/> |

¿Con qué bebida toma usted sus medicamentos?

Agua Jugo de Frutas ¿Cuál? _____ Leche Café Té
 Otros: _____

Toma usted sus medicamentos:

- Antes de las comidas
- Durante las comidas
- Después de las comidas

| 4. Otros medicamentos que toma (medicamentos recetados, naturales y automedicados) | Presentación: Inyectable, tableta, jarabe, crema, gotas orales, óvulo o tableta vaginal, spray, gotas para ojos | 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 |
|--|---|--|--|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 5. ¿Qué hizo cuando apareció el efecto no deseado? | SI | NO | Posterior al efecto no deseado: | SI | NO |
|---|----|----|------------------------------------|----|----|
| ¿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: Pacientes Otros , Nombre del que notifica: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ email: _____

Firma del Paciente: _____ Firma del Notificador: _____

Puede enviar sus sospechas de reacciones adversas a los telefax: 512-9196 o 512-9404 para iniciar los trámites o al e-mail fvigilancia@minsa.gob.pa. También puede enviarlo al Apartado postal 06812.