

N°

CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO

NOMBRE DEL PACIENTE: Montse Mena, InmaculadaN° de cédula: 107350031Género: Femenino ☒ Masculino ☐ Edad: 55 años Peso (Kg): _____

MEDICAMENTO (S)*			Dosis diaria	Vía de adm.	Fecha de tratamiento		Motivo de prescripción
Nombre	Laboratorio	N° de lote			Inicio	Final	
Metformina	TIL HEALTHCARE	MTT 24068	2-1-2	VO	25-4-25		Diabetes Mellitus

TIPO DE NOTIFICACIÓN:	REACCIÓN ADVERSA	X	Fecha del evento		Desenlace: persiste, recuperado con o sin secuelas, mortal, etc
	FALLA TERAPÉUTICA		Inicio	Final	
Describe el evento					
sensación quemante en la garganta, vómito			25-4-25	08-5-25	persiste
sabor a humedad.					suspendió el
					tratamiento y está
					mejorando de otro

1) La reacción mejoró al retirar el medicamento:

SI ☒ NO ☐

3) Se presentó de nuevo la reacción (en reexpo):

SI ☒ NO ☐

2) Hubo reexposición al medicamento:

SI ☒ NO ☐

4) Requiere ingreso hospitalario:

SI ☐ NO ☒

OBSERVACIONES ADICIONALES:

(Utilice hojas adicionales si lo requiere)

NOTIFICADOR:

Nombre: Rocío Gómez SaboríoProfesión: FarmacéuticoEspecialidad: Farmacia (Regente)Lugar de trabajo: Area Salud San PabloN° de teléfono: 2502-5631Correo electrónico: pgomez@coopesiba.cr

Fecha del reporte: _____

FARMACIA
Area de Salud San Pablo
COOPESIBA, R. L.

Firma y sello

Código

3800