

REPÚBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

1. Nombre del paciente: Sexo Edad Peso (Kg)

Johanna Vanessa Fernández Longueira Masculino 23 59.5
Femenino ☒

No. Expediente: 41352754 Establecimiento de Salud Hospital Buena Vista Departamento/Municipio Managua

2. MÉDICAMENTO (S) (Indique nombre genérico y comercial)	Fecha de Vencimiento, No. de Lote, Fabricante	Dosis diaria y Vía de admón.	Fecha		Motivo de la prescripción
			Comienzo	Final	
<u>Rociverna</u>	<u>0527/4555A</u>	<u>20mg</u>	<u>29/04/25</u>	<u>29/04/25</u>	<u>Dolor abdominal</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Eritema</u>	<u>29/04/25</u>	<u>29/04/25</u>	<u>Recuperado</u>

Requirió Ingreso: Sí ☐ No ☒

4. MEDICAMENTO (S) CONCOMITANTE (S) (Incluir automedicados)	Dosis diaria y Vía de admón	Fecha		Motivo de la medicación
		Comienzo	Final	
<u>Ninguno</u>				

5. Comorbilidades

Ninguno

6. Antecedentes Familiares

Ninguno

7. Factores de Riesgo

Ninguno

8. Observaciones adicionales

(Emplee hojas adicionales si lo requiere. En casos de Tb. especifique el esquema; si fue suspendido y el resultado de la suspensión)

9. Notificador

Nombre:

Argelio A. Ruiz

Profesión:

MR. Emergencia

Especialidad:

MR. Emergencia

Teléfono (s) de contacto:

85165234

Correo Electrónico:

argruiz202@gmail.com

10. Marque si necesita más formatos

☐

29/04/25

11. Marque si requiere informe

☐

Fecha

Firma

