

REPÚBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

1. Nombre del paciente: Geyl? Borzuelo Velasquez Sexo Masculino Edad 42 Peso (Kg) 59.72 Kg

No. Expediente: 13 7822 32 Establecimiento de Salud Hospitall Bauhista 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>Ceftriaxona</u>	<u>lote 24 08110</u> <u>fabricant 8/24</u> <u>Expira 8/27</u> <u>Peongyang</u>	<u>IV</u>	<u>07/05/25</u>	<u>07/05/27</u>	<u>Pielonefritis</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Habones cutaneos facial</u>	<u>07/05/25</u>	<u>07/05/25</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>-</u>				

5. Comorbilidades Ne Frotiasis bilateal 6. Antecedentes Familiares NO 7. Factores de Riesgo NA.

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: Eldaly freter Pineda Profesión: Medico Especialidad: R1 Cx General
Teléfono (s) de contacto: 5803 9921 Correo Electrónico: eldaly99@gmail.com

10. Marque si necesita más formatos

11. Marque si requiere informe

07/05/25 Fecha  Firma