

REPÚBLICA DE NICARAGUA
 MINISTERIO DE SALUD
 CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

Nombre del paciente:

Sexo f Edad 32 Peso (Kg) 70.5

Masculino 10 Femenino 10

Elvis Rafael Rojas Tellez

No. Expediente:

Establecimiento de Salud

Departamento/Municipio

MS-30213065

Hptl Butst

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>Metam-H</u>	<u>—</u>	<u>1grvv</u>	<u>03/06/25</u>	<u>—</u>	<u>Caso agudo</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Resto en Arterial</u>	<u>03/06/25</u>	<u>03/06/25</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	

5. Comorbilidades

6. Antecedentes Familiares

7. Factores de Riesgo

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: Tama Manab

Profesión: Enfermera

Especialidad: Enfermería

Teléfono (s) de contacto:

Correo Electrónico:

Dra. Yvonia Martínez López
 Medicina de Emergencias
 MINS-72048

10. Marque si necesita más formatos

11. Marque si requiere informe

03/06/25
 Fecha

[Firma]
 Firma