

### XII. ANEXOS

#### ANEXO 1

#### MINISTERIO DE SALUD

#### CONFIDENCIAL

### FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A INSUMOS MÉDICOS

**1. NOMBRE DEL PACIENTE:** JUAN GABRIEL MEDRANO DIAZ      Sexo:  Masculino       Femenino      Edad: 39      Peso (Kg): \_\_\_\_\_

No. Expediente: 16620863      Establecimiento de Salud: FARMACIA MERCADERES BAUTISTA      Departamento/Municipio: MANAGUA

2. INSUMO (S) MÉDICO (S) (Indique nombre genérico o comercial)	Fecha de Vencimiento, No. de Lote, Fabricante	Dosis diaria y Vía de admón.	Fecha		Motivo de la prescripción
			Comienzo	Final	
<u>Hiervo SACAROSA</u>			<u>13/6/25</u>	<u>13/6/25</u>	<u>Anemia y ERI</u>
<u>keemyl 5ml</u>	<u>vence Nov 26</u>	<u>Inyección</u>	<u>13/6/25</u>	<u>13/6/25</u>	<u>Indicado</u>
<u>GLI RRON</u>	<u>13247605</u>	<u>7. 4cm</u>	<u>13/6/25</u>	<u>13/6/25</u>	<u>por Decisión</u>
			<u>13/6/25</u>	<u>13/6/25</u>	<u>de Anestesia</u>
			<u>13/6/25</u>	<u>13/6/25</u>	<u>Neurología</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Temblores cuerpo m. brazos</u>	<u>13/6/25</u>	<u>13/6/25</u>	<u>Recuperado Loma</u>
<u>MAUCENS 9: Som 9: Som</u>	<u>13/6/25</u>	<u>13/6/25</u>	<u>Recuperado Loma</u>
<u>CEPATEA 9: Som</u>	<u>13/6/25</u>	<u>13/6/25</u>	<u>persiste</u>
<u>palidez 7:38 10: Som</u>	<u>13/6/25</u>	<u>13/6/25</u>	<u>Recuperado 11:5m</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>13/6/25</u>	<u>13/6/25</u>	

**5. Comorbilidades** Anemia      **6. Antecedentes Familiares** \_\_\_\_\_      **7. Factores de Riesgo** \_\_\_\_\_

ERI

**8. OBSERVACIONES ADICIONALES**  
(Emplee hojas adicionales si lo requiere)

**9. NOTIFICADOR**  
Nombre: JUAN GABRIEL MEDRANO DIAZ      Profesión: medico      Especialidad: medico general  
Teléfono (s) de contacto: 82463413      Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

10. Marque si necesita más formularios       11. Marque si requiere informe

13/6/25      Fecha

*[Firma]*  
Dr. en Medicina Cirugía  
UNIVERSIDAD DE MANAGUA  
C.O.P. MINSA 22982

Ver instructivo de llenado al reverso de la hoja