

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)

Martha Lorena Ace Vasquez

Masculino
Femenino

35a

60 kg

No. Expediente:

19746921

Establecimiento de Salud

Hospital Banksta

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>Enantym</u>		<u>I.V</u>	<u>25/06/25</u>	<u>25/06/25</u>	<u>Neuralgia del Trigémino</u>
<u>Dextropropofol</u>					<u>Automedicado</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Desvanecimiento</u>	<u>25/06/25</u>	<u>25/06/25</u>	<u>Recuperado</u>
	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
	<u>/ /</u>	<u>/ /</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>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	

5. Comorbilidades

Neuralgia del Trigémino
Crisis

6. Antecedentes Familiares

DM2 HTA Meno

7. Factores de Riesgo

Neg

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:

Dr. Estefanía Hernández (16)

Profesión:

Médico General

Especialidad:

Médico General

Teléfono (s) de contacto:

77835856

Correo Electrónico:

hrodriguezestefania@gmail.com

10. Marque si necesita más formatos

11. Marque si requiere informe

25/06/2025

Fecha

Firma

Dr. Estefanía Hernández Ruiz
MÉDICO GENERAL
CÓD. MINSAL 91719