REPÚBLICA DE NICARAGUA
 MINISTERIO DE SALUD
 CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

1. Nombre del paciente:

Sexo Masculino Femenina

Edad 71

Peso (Kg) 84kg

Maria Jabone Hernandez Morales

No. Expediente: 165681

Establecimiento de Salud

Departamento/Municipio

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	
Ceftriaxone	IAHM 301A Fecha Fab = 10/13 Fecha exp = sep/25	1gr	8:00	9:00	Leucocitos

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
Prash	30,06,25	30,06,25	recuperado
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	

esta ingesta

Requirió Ingreso: Sí No

4. MEDICAMENTO (S) CONCOMITANTE (S) (Incluir automedicados)	Dosis diaria y Vía de admón	Fecha		Motivo de la medicación
		Comienzo	Final	
gentamicina	160 mg		/ /	
losartan	50 mg	/ /	/ /	
desferidol	50 mg	/ /	/ /	
Bedrket (Kexipar)		/ /	/ /	

5. Comorbilidades

Hipertensión

6. Antecedentes Familiares

IVU recurrente

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: Harley Morales

Profesión: Ginecologo

Especialidad: Uroginecologo

Teléfono (s) de contacto: 88512290

Correo Electrónico: harleymorales@hotmail.com

10. Marque si necesita más formatos

11. Marque si requiere informe

30,06,25

Fecha

Dr. Harley M. Morales A
 UROGINECOLOGO
 COD. MINSA 9540