

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)

María. Emilia. Alvarado

☐ Masculino
☒ Femenino

57.

114.

No. Expediente:

Establecimiento de Salud

Departamento/Municipio

148915

Htal Jon Varg

León

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	
Dexametasona	Abil 2026-500	10 mg.	2 / 07 / 25	2 / 07 / 25	Dexametasona
Fluoruro de Fluoruro	Lote 93500				
Fluoruro de Fluoruro	Fluoruro de Fluoruro				

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
Reacción anafiláctica	2 / 07 / 25	2 / 07 / 25	Reacción anafiláctica

Requirió Ingreso: Sí ☒ No ☐

4. MEDICAMENTO (S) CONCOMITANTE (S) (Incluya automedicados)	Dosis diaria y Vía de admón.	Fecha		Motivo de la medicación
		Comienzo	Final	
Albendazol 20 mg.	2 tab 1/2 h.			Conico
Diazepam 10 mg.	10 mg. 1/2 h.			Conico
Carbamazepina 10 mg.	25 mg 1/2 h.			Conico

5. Comorbilidades

6. Antecedentes Familiares

7. Factores de Riesgo

DM2, HTA, Eritrotoxicidad.

Ninguno.

Obesidad.

- Linfadenoma de la glándula III

- 24. Metabolitos.

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:

Profesión:

Especialidad:

Luzanne. Gallo

Medicina Interna.

Dra. Luzanne E. Gallo

Teléfono (s) de contacto:

Correo Electrónico:

8498 48 03.

10. Marque si necesita más formatos ☐11. Marque si requiere informe ☐

2 / 07 / 25

Fecha

Firma

Ver instructivo de llenado al reverso de la hoja