REPÚBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

1. Nombre del paciente: Elvis Ernesto Santana Cailero

Sexo: Masculino X / Femenino

Edad: 45

Peso (Kg): 87

No. Expediente: 12222117

Establecimiento de Salud: Hospital Bautista

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	
Levofloxacino	N 12-2028	750mg PO	01/07/25	08/07/25	Prostatitis aguda
	L F24D083	1D			
	Ramos				

3. REACCIONES (Naturalezam localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
Angioedema, rash cutaneo	01/07/25	/ /	Recuperado
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	

Requirió Ingreso: Sí ☐ No ☐

4. MEDICAMENTO (S) CONCOMITANTE (S) (Incluir automedicados)	Dosis diaria y Vía de admón	Fecha		Motivo de la medicación
		Comienzo	Final	
Insulina NPH	Subcutanea 55UI AM		/ /	Diabetes tipo II
	40 UI PM	/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

5. Comorbilidades: DM II

6. Antecedentes Familiares: Mamá (HTA)

7. Factores de Riesgo:

8. Observaciones adicionales
(Emplee hojas adicionales si lo requiere. En casos de Tb. especifique el esquema; sí fue suspendido y el resultado de la suspensión)

9. Notificador

Nombre: Kenia Sánchez

Profesión: Médico Residente

Especialidad: Emergencia

Teléfono (s) de contacto: 85823376

Correo Electrónico: paolacardoza17@yahoo.com

10. Marque si necesita más formatos ☐

11. Marque si requiere informe ☐

08 / 07 / 25
Fecha

Firma

Dra. Kenia Sánchez Cardoza
MR. EMERGENCIA
CÓD. MINSA 89987