

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

1. NOMBRE DEL PACIENTE:

Sexo

Edad

Peso (Kg)

☐ Masculino.

☒ Femenino

No. Expediente:

Establecimiento de Salud

Departamento/Municipio

2. MEDICAMENTO (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	
Inyección Cord		IM	11	11	Prueba de embarazo
			11	11	
			11	11	
			11	11	

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
Abceso	01/01/25	11	
	11	11	
	11	11	
	11	11	

Requirió Ingreso: ☐ SI ☐ No

4. MEDICAMENTO (S) CONCOMITANTE (S) (Incluir automedicados)	Dosis diaria y Vía de admón.	Fecha		Motivo de la medicación
		Comienzo	Final	
		11	11	
		11	11	
		11	11	
		11	11	

5. Comorbilidades

6. Antecedentes Familiares

7. Factores de Riesgo

negado

negado

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

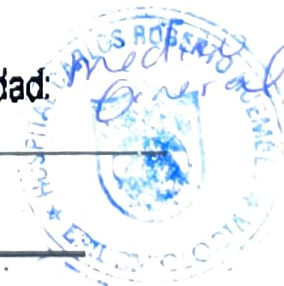
Nombre:

Indira Beru

Profesión:

medico General

Especialidad:



Teléfono (s) de contacto:

04350365

Correo Electrónico:

10. Marque si necesita más formatos ☐

11. Marque si requiere informe ☐

Fecha

Firma

08/07/2020

[Firma manuscrita]

#cellos pavanti
02403191.

Oración: San Judas del scribo 2 cuadros al sur.
3 1/2 abajo.