

REPÚBLICA DE NICARAGUA
 MINISTERIO DE SALUD
 CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

1. Nombre del paciente: Sheisz Purina Poveda Mejía Sexo Masculino Edad 25 Peso (Kg) 115 Kgs

No. Expediente: 41264874 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	
<u>IRIS</u>	<u>09-2026.</u> <u>Lote desconocido</u>	<u>1 tab 10.</u>	<u>10-07-25</u>	<u>10-07-25</u>	<u>Automedicación</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Prurito en extremidades superiores e inferiores, edema en labio superior e inferior.</u>	<u>10/07/25</u>	<u>10/07/25</u>	<u>Resolución</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>Ninguno</u>	<u>Ninguno</u>	<u>-/-/-</u>	<u>-/-/-</u>	

5. Comorbilidades Ninguna. 6. Antecedentes Familiares Negados. 7. Factores de Riesgo Obesidad

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: Ismary Marenco Luna Profesión: MD/Emergencia Especialidad: Emergencia
 Teléfono (s) de contacto: 88970620 Correo Electrónico: -

10. Marque si necesita más formatos 10/07/25 Fecha
 11. Marque si requiere informe Firma

Ismary Marenco Luna
 MR. MEDICINA DE EMERGENCIA
 COD. MINSA 89023
 HOSPITAL BAUTISTA