

XVIII. ANEXOS

ANEXO 1

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)

Apolonio Domén Pérez Somero

Masculino
 Femenino

69 años

56 kg

No. Expediente:

25505

Establecimiento de Salud

Filiol Juan Vargas

Departamento/Municipio

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	
<u>5 Fluorouracilo</u>	<u>Antil 1/2024</u>		<u>8/7/25</u>	<u>8/7/25</u>	<u>Quimioterapia</u>
<u>Eloxato</u>	<u>lot 9071A</u>		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
<u>Eloxato</u>	<u>por Tnda</u>		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Digermismos</u>	<u>7/7/2025</u>	<u>8/7/2025</u>	<u>recuperado</u>
<u>Extracelulares Supraventriculares</u>	<u>7/7/2025</u>	<u>8/7/2025</u>	<u>recuperado</u>
	<u>/ /</u>	<u>/ /</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>Bisoprolol</u>	<u>2.5 mg c/12h</u>	<u>8/7/2025</u>	<u>/ /</u>	<u>crónicas</u>
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	

5. Comorbilidades

Ninguna

6. Antecedentes Familiares

ninguna

7. Factores de Riesgo

-CS Inmune de Deringe
-Bolo.

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:

Lyanne Gallo

Profesión:

Medicina Interna

Especialidad:

Teléfono (s) de contacto:

878 4803.

Correo Electrónico:

Dra. Lyanne E. Gallo
Especialista en
Medicina Interna
UNAN - Managua
Cód.: 73014

10. Marque si necesita más formatos

11. Marque si requiere informe

Fecha

8/7/2025

Firma

Ver instructivo de llenado al reverso de la hoja