

REPÚBLICA DE NICARAGUA
 MINISTERIO DE SALUD
 CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

1. Nombre del paciente: Mayra Vanessa Aron Valle Sexo Femenino Edad 30 años Peso (Kg) 62kg
 No. Expediente: 2722 73 87 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>Ceftriaxona</u>	<u>Ex: 10/27/19 L: 241410</u> <u>Fabricante: Kyorin</u>	<u>2g IV. ID</u>	<u>03/08/25</u>	<u>03/08/25</u>	<u>Infección Vial Urinaria</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Temblores, escalofríos</u>	<u>03/08/25</u>	<u>03/08/25</u>	<u>Recuperado</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	

5. Comorbilidades N 6. Antecedentes Familiares Nefropatía (mam)
Hipertensión (pap) 7. Factores de Riesgo

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: Michael Bejarano Profesión: Médico Residente Especialidad: Residente Emergencia
 Teléfono (s) de contacto: +505 - 8119 8313 Correo Electrónico:

10. Marque si necesita más formatos

11. Marque si requiere informe

03/08/25
 Fecha

Michael Bejarano
 MR Emergencia
 Cel: 8119 8313
 Firma