

REPÚBLICA DE NICARAGUA
 MINISTERIO DE SALUD
 CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

1. Nombre del paciente: Carlos Manuel Gonzalez Montaneros Sexo Masculino ✓ Edad 26a Peso (Kg) 85

No. Expediente: 18345768 Hoja (75) Establecimiento de Salud Hospo 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 presc
			Comienzo	Final	
<u>Ceftriaxona</u>	<u>Octubre 2027</u> <u>lote: 2410120</u> <u>Fabricante: Pe Young</u>	<u>2gr N</u>	<u>13/08/25</u>	<u>13/08/25</u>	<u>NAC</u>

3. REACCIONES (Naturalezam localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal)
	Comienzo	Final	
<u>Morbo, nauseas</u>	<u>13/08/25</u>	<u>13/08/25</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 medica
		Comienzo	Final	

5. Comorbilidades

6. Antecedentes Familiares

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: Dra. Quarte MR3 ER.

Profesión: Residente Emergencia.

Especialidad: Emergenciólogo.

Teléfono (s) de contacto: _____

Correo Electrónico: _____

10. Marque si necesita más formatos

11. Marque si requiere informe

13/08/25
Fecha



Firma