

REPÚBLICA DE NICARAGUA
 MINISTERIO DE SALUD
 CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

Nombre del paciente: Carlos Antonio Araica Lopez **Sexo:** Masculino Femenino
Edad: 3 años **Peso (Kg):** 133 kg
Exp. Expediente: _____ **Establecimiento de Salud:** Hospital Batista **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>Ketorolaco - Onemer</u>	<u>Lote = B24A218</u> <u>Vencimiento = Abril 27</u>	<u>30 mg</u> <u>ster</u>	<u>14/08/25</u>	<u>14/08/25</u>	<u>Fractura base de 5to metatarsiano mano izquierda.</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>edema palpebral ojo derecho.</u>	<u>14/08/25</u>	<u>14/08/25</u>	<u>en resolución</u>

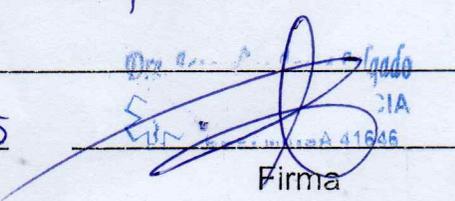
Requirió Ingreso: Sí No

4. MEDICAMENTO (S) CONCOMITANTE (S) (Incluir automedicados)	Dosis diaria y Vía de admón	Fecha		Motivo de la medicación
		Comienzo	Final	
<u>Nalgex</u>	<u>Nalgex</u>			

5. Comorbilidades: Obesidad **6. Antecedentes Familiares:** Ninguno **7. Factores de Riesgo:** Obesidad.

Observaciones adicionales
 Emplee hojas adicionales si lo requiere. En casos de Tb. especifique el esquema; si fue suspendido y el resultado de la suspensión)

Notificador
Nombre: Dra. Jacqueline Araica **Profesión:** Residente de Emergencia **Especialidad:** _____
Teléfono (s) de contacto: _____ **Correo Electrónico:** _____

0. Marque si necesita más formatos **Fecha:** 14/08/25 **Firma:** 

1. Marque si requiere informe