REPÚBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

. Nombre del paciente:	Sexo	Edad	Peso (Kg)
Ligia Margarita Quintana Borge	Masculino ×Femenino	39	90

lo. Expediente:	Establecimiento de Salud	Departamento/Municipio
18955068	Hospital Bautista	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	
Gabapentina		800mg VO	15/08/25	15/08/25	Dolor (automedicado)

3. REACCIONES (Naturalezam localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
Mareos.	15/08/25	15/08/25	Recuperado
	___/___/___	___/___/___	
	___/___/___	___/___/___	
	___/___/___	___/___/___	

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	6. Antecedentes Familiares	7. Factores de Riesgo
Ninguno	Mamá (HTA + DM2)	

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

. Notificador

lombre:	Profesión:	Especialidad:
Kenia Sánchez	Médico Residente	Emergencia

eléfono (s) de contacto:	Correo Electrónico:
85823376	Keniascardoza17@yahoo.com

0. Marque si necesita más formatos ☐ 15/08/25 Fecha

1. Marque si requiere informe ☐ Firma

Dra. Kenia Sánchez Cardoza
MR. EMERGENCIA
COD. MINSA 89537