

SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

43

Anexo 1.

REPÚBLICA DE NICARAGUA MINISTERIO DE SALUD CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

1. NOMBRE DEL PACIENTE:

Sexo Masc Edad 43 años Peso (Kg) 95 Kg
☒ Masculino.
☐ Femenino
 No: Expediente: 329249 Establecimiento de Salud Centro Neofarmacológico Cruz Azul 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>Dulizacón</u>	<u>31/10/27</u>	<u>3 veces a</u>	<u>16/08/25</u>	<u>11</u>	<u>Terapia renal</u>
<u>Elisio</u>	<u>Lot: 24 K01A11</u>	<u>la semana</u>	<u>11</u>	<u>11</u>	<u>Sustitutivo</u>
<u>19H</u>	<u>NIPRO</u>		<u>11</u>	<u>11</u>	<u>*</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Prurito Generalizado</u>	<u>16/08/25</u>	<u>16/08/25</u>	<u>recuperado</u>
<u>Eritema Generalizado</u>	<u>16/08/25</u>	<u>16/08/25</u>	<u>recuperado</u>
	<u>11</u>	<u>11</u>	
	<u>11</u>	<u>11</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>Difenhidramina 50 mg</u>	<u>1U</u>	<u>16/08/25</u>	<u>16/08/25</u>	<u>Reacción alérgica</u>
<u>Alopurinol 30 mg</u>	<u>PO 1D</u>	<u>11</u>	<u>11</u>	
<u>Carbonato de calcio 600 mg</u>	<u>stabil PO 1D</u>	<u>11</u>	<u>11</u>	
<u>SA + AF 200 mg</u>	<u>stabil PO 1D</u>	<u>11</u>	<u>11</u>	

5. Comorbilidades

6. Antecedentes Familiares

7. Factores de Riesgo

Diabetes Mellitus
Enfermedad renal crónica

Diabetes
Enfermedad renal

Antecedente de alergia a
antibióticos en febrero 2025

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: Zaidy Karina Zapata Madriz Profesión: Médica General No Especialidad:
 Teléfono (s) de contacto: 57806370 Correo Electrónico: zaidyapata48@gmail.com

10. Marque si necesita más formatos ☐

11. Marque si requiere informe ☐

Fecha

Firma