

REPÚBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
CONFIDENCIAL

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A MEDICAMENTOS

1. Nombre del paciente: Sexo Edad Peso (Kg)

Yodina Isabel Velasquez Masculino 52 a 65 d
Femenino

No. Expediente: 8658772 Establecimiento de Salud H. 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>Ketorolaco</u>	<u>Agosto 2025</u>	<u>30 ms</u>	<u>25/08/25</u>		<u>Oral</u>
	<u>lote B246715</u>	<u>10</u>			
	<u>PISA</u>				

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal, otro)
	Comienzo	Final	
<u>Rash generalizado</u>	<u>25/08/25</u>	<u>/ /</u>	<u>Recuperado</u>
	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
	<u>/ /</u>	<u>/ /</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>Ibuprofeno</u>	<u>300 ms</u>		<u>/ /</u>	<u>HTA</u>
	<u>oral</u>	<u>/ 12/25</u>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	

5. Comorbilidades

HTA

6. Antecedentes Familiares

HTA, DMII

7. Factores de Riesgo

HTA

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:

Jenny Flores

Profesión:

MI. Residente

Especialidad:

MI. Emergencias

Teléfono (s) de contacto:

85607655

Correo Electrónico:

floresjenny514@gmail.com

10. Marque si necesita más formatos

☐

25/08/25

11. Marque si requiere informe

☐

Fecha

