

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)

Giovannella Cristina Briceño Reyes

Masculino
Femenino

31 años

59.5

No. Expediente:

2100 2496

Establecimiento de Salud

Hospital 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>Enantyum</u>	<u>Desconocido</u>	<u>50mg</u>	<u>24/08/25</u>	<u>24/08/25</u>	<u>automedicación por dolor</u>
<u>Dexketoprofeno</u>	<u>Desconocido</u>	<u>50mg</u>	<u>24/08/25</u>	<u>24/08/25</u>	<u>automedicación por dolor</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal)
	Comienzo	Final	
<u>Edema periorbitario moderado</u>	<u>24/08/25</u>	<u>24/08/25</u>	<u>recuperación</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 medica
		Comienzo	Final	
<u>Ninguno</u>	<u>Ninguno</u>		<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	

5. Comorbilidades

Negativo

6. Antecedentes Familiares

Negativo

7. Factores de Riesgo

Negativo

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:

Profesión:

Especialidad:

Teléfono (s) de contacto:

Correo Electrónico:

10. Marque si necesita más formatos

☐

11. Marque si requiere informe

☐

Fecha

Firma

Dr. Aquilino J. Salgado
M.R. EMERGENCIA
P.O. MINSA 41640