

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)

Aleyda Leonilda Cuadra Jaen Masculino 32 años 504 Kg

No. Expediente:

Establecimiento de Salud

Departamento/Municipio

34468825

Hospital Barrios

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>Espirinolato</u>	<u>29/09/16</u>	<u>500mg</u>	<u>26/08/18</u>	<u>28/08/18</u>	<u>Edema Miedo</u>
					<u>Indigestión</u>

3. REACCIONES (Naturaleza, localización, intensidad)	Fecha		Desenlace (recuperado, secuelas, mortal)
	Comienzo	Final	
<u>Eritema en región</u>	<u>28/08/18</u>	<u>28/08/18</u>	<u>Resuelto</u>
<u>facial y cuello</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>/ /</u>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	
		<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	

5. Comorbilidades

6. Antecedentes Familiares

7. Factores de Riesgo

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:

05587584

10. Marque si necesita más formatos

11. Marque si requiere informe

☐

28/08/18

Fecha

Dra. Francisca Rojas
MIR. EMERGENCIA
C.O.B. MINSA