

RECIBIDO



Por:

Fecha: 22/5/25 Hora: 2:39

RAM-1709-25

COD. 4-02-643-17
Imp. CASBSO

CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD
CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Alba Yvettza Aguilar Ben Cédula: 9-740-21 S.S.: 33 Edad: 33 Sexo: F Peso: 68kg Talla: 1.57 dec

Signos Vitales: PA 11/66 (92) FC 69 FR 25 T° 36.1

Antecedentes de importancia, marque la que corresponda

- ☐ Alergias, ¿a qué? Penicilina ☐ Tabaquismo, frecuencia ☐ Renal ☐ GI ☐ Embarazo, semanas ☐ Diabetes ☐ Cardíaco Glóptero M. Congénito ☐ Piel ☐ Alcohol, frecuencia ☐ HTA ☐ Respiratorio ☐ Neurológico ☐ Drogas, ¿Cuál? ☐ Hepático ☐ Hematológico ☐ Otros: especifique

2. DATOS DEL(LOS) MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)

Nombre comercial nombre genérico, concentración y forma farmacéutica	Dosis, vía y frecuencia de administración	Registro sanitario	Lote/ fecha de expiración	Laboratorio fabricante y país de origen	Fecha de inicio	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción
1. <u>Tetracoplanina</u>	<u>800mg</u>	<u>111328</u>	<u>23/06/001</u>	<u>Baxter Biogeo</u>	<u>19/5/25</u>	<u>19/5/26</u>	<u>Infección urinaria</u>
2.							

3. SOSPECHA DE REACCIÓN(ES) ADVERSA(S):

Descripción de la Reacción Adversa

Fiebre
escafofuria
Purpura

Fechas

Inicio	Final
<u>19/5/25</u>	<u>19/5/25</u>

Consecuencias de la reacción. Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda (ver abajo)

B

A- Recuperado con secuelas, B- Recuperado sin secuelas, C- En recuperación, D- No recuperado, E- Desconocida, F- Mortal.

Considera Usted que las reacciones que comunica...

- ☐ Han puesto en peligro la vida ☐ Han causado defecto o anomalía congénita
☐ Han sido la causa de hospitalización ☐ Han causado la muerte del paciente
☐ Han prolongado la estancia en el hospital ☐ No han causado nada de lo anterior, pero considero que es grave
☐ Han originado incapacidad persistente o grave ☐ No han causado nada de lo anterior y considero que No es grave

Acreditó tratamiento: Si ☒ No ☐ En caso afirmativo, especifique:Difenhidramina

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA:

Se produjo la reacción con una sola dosis

☒ Si ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica

Disminuyó la dosis del medicamento sospechoso

☐ Si ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica

El acontecimiento mejora al disminuir la dosis

☐ Si ☐ No ☐ No sabe ☒ No aplica

Suspendió el uso del medicamento sospechoso

☒ Si ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica

El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso

☒ Si ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica

Readministró el medicamento sospechoso

☐ Si ☒ No ☐ No sabe ☐ No aplica

Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso

☐ Si ☐ No ☐ No sabe ☒ No aplica

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA:

(incluye medicina tradicional, medicamentos prescritos, automedicación, terapias alternativas, etc.)

Medicamentos	Dosis, vía y frecuencia de administración	Fecha de inicio	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción
<u>Tamoxipol (tamoxifeno)</u>	<u>100mg / 200mg c/12h</u>	<u>20/5/25</u>		<u>Infección urinaria</u>
<u>Cimetidina</u>	<u>20mg q/12h</u>	<u>20/5/25</u>		
<u>Valerianina</u>	<u>1g q/12h</u>	<u>20/5/25</u>	<u>19/5/25</u>	<u>Infección urinaria</u>

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros):

Notificador (profesión): Médico ☒ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐

Otros:

Nombre de notificador: Don Sidney RodríguezRegistro: 11315Instalación de Salud: Ciudad de la SaludProvincia o región de salud: ManaguaFecha de notificación: 21/5/25

Correo electrónico:

Firma: Sidney RodríguezTeléfono: 22435647

Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: farmacovigilancia@css.gob.ni pero luego debe igualmente enviar el formulario original. También puede enviarse al CIP-CSS en el Edificio 519 Clayton, segundo piso oficina 51 (tel. 513-1039 / 513-1081). Recuerde que en lugar de este formulario está disponible la plataforma de notificación en línea, Not-Facedra (<https://www.notificentroamerica.net>)