



NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO
FORMULÁRIO INDÚSTRIA

Preencha o maior número de informações possível, principalmente os campos com (*). Notifique, ainda que desconheça parte da informação.

CONFIDENCIAL

I. Suspeita de reação adversa.

Nº do Relato: _____

A. Dados do paciente.

Nome ou iniciais*: _____ Idade ou data de nascimento*: _____

Sexo*: () Masculino () Feminino () Ignorado Peso (em kg): _____

Diagnóstico principal: _____

Em caso de gravidez, indique o tempo de gestação no momento da reação adversa _____

B. Medicamentos*. Cite o nome dos medicamentos de que o paciente faz uso, prescritos ou não. Incluir: automedicação, fitoterápicos, chás e outros. Cite os suspeitos em 1º lugar. Não mencione os usados para tratamento da reação.

Nome comercial * ou genérico	Posologia *	Via de * administração	Data início uso *	Data fim uso *	Motivo do uso *	Lote*
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

(1) Se medicamento manipulado, informe a fórmula completa. Se nome genérico é indispensável informar o fabricante.

C. Descrição da reação adversa. Se o paciente ainda não se recuperou, assinale o campo "Data do fim da reação" com um traço.

Reação	Data de início da reação	Data do fim da reação	EVOLUÇÃO
1.			
2.			
3.			

Relato clínico do caso e das reações, com dados laboratoriais relevantes.

D. Doenças concomitantes.

() Hipertensão arterial () Diabete () Cardiopatia () Nefropatia () Hepatopatia () Etilismo () Tabagismo

() Outras. Cite _____ Não informa ()

Alergia ou outras reações prévias ao medicamento? () Não () Sim . Cite _____ Não Informa ()

E. Informações adicionais.

- Óbito? () Não () Sim *Causa mortis* _____
- Necessitou de internação? () Não () Sim () Não se aplica ou é desconhecido
- Prolongou a internação? () Não () Sim () Não se aplica ou é desconhecido
- Houve risco de morte? () Não () Sim () Não se aplica ou é desconhecido
- A reação desapareceu/melhorou após retirada do medicamento? () Não () Sim () Não se aplica ou é desconhecido
- A reação desapareceu/melhorou após ajuste de dose? () Não () Sim () Não se aplica ou é desconhecido
- O evento reapareceu após re-introdução do medicamento? () Não () Sim () Não se aplica ou é desconhecido
- Você notificou anteriormente este caso? () Não () Sim: quando? ___/___/___

Dados do notificador primário (profissional de saúde)

1. Nome: _____ Data da notificação ___/___/___

2. Categoria profissional: () Médico () Dentista () Farmacêutico

3. N.º de inscrição no Conselho: _____ UF _____

4. Telefone*: DDD () _____ 5. E-mail _____

Dados do notificador secundário (indústria)

1. Nome da empresa* _____ CNPJ* _____

2. Responsável pelo relato (nome e função) _____

3. Fone para contacto DDD () _____ 5. E-mail _____

4. Residência do paciente: Município _____ UF _____