



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 Relato: _____

A. Dados do paciente.

Nome ou iniciais*: _____

Idade ou data de nascimento*: _____

Sexo *: () Masculino () Feminino () Ignorado

Peso (em kg): _____

Diagnóstico principal (opcional): _____

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.						

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 _____

Alergia ou outras reações prévias ao medicamento? () Não () Sim Cite: _____ () Não informa

E. Informações adicionais.

1. A reação causou óbito? () Não () Sim *Causa mortis* _____
2. A reação causou internação? () Não () Sim () Não se aplica ou é desconhecido
3. A reação prolongou a internação? () Não () Sim () Não se aplica ou é desconhecido
4. A reação implicou em risco de morte? () Não () Sim () Não se aplica ou é desconhecido
5. A reação desapareceu / melhorou após a retirada do medicamento? () Não () Sim () Não se aplica ou é desconhecido
6. A reação desapareceu / melhorou com ajuste de dose? () Não () Sim () Não se aplica ou é desconhecido
7. A reação reapareceu após re-introdução do medicamento? () Não () Sim () Não se aplica ou é desconhecido
8. 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 () Enfermeiro () Outro. Descreva. _____
3. Nº 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. Telefone para contato*: DDD () _____ 5. E-mail _____
4. Residência do paciente: Município _____ UF _____