



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SÃO PAULO
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
NÚCLEO DE FARMACOVIGILÂNCIA**



FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO
Os campos com (*) são de preenchimento obrigatório. Notifique ainda que desconheça parte da informação.

CONFIDENCIAL

Você notificou anteriormente este caso? () Não. () Sim. Informe o NF inicial _____

A. Dados do paciente.

Nome ou iniciais*: _____ Idade ou data de nascimento*: _____
 Sexo *: () Masculino () Feminino () Ignorado Peso (em kg): _____
 Se internado: nº do prontuário*: _____ Nome da instituição: _____
 CNPJ da instituição*: _____
 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 (1)	Dose diária*	Via de administração*	Data início uso*	Data fim uso*	Motivo do uso*	Lote	Fabricante
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

(1) Se medicamento manipulado, informe a fórmula completa. Se genérico é obrigatório 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*
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. Evolução.

1. A reação causou óbito?	() Não	() Sim	<i>Causa mortis</i> _____
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 reintrodução do medicamento?	() Não	() Sim	() Não se aplica ou é desconhecido
8. Você notificou este caso à indústria?	() Não	() Sim: quando? ____/____/____	

Dados do notificador

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 _____

Em caso de dúvida ligue OXX (11) 3065 4618 / 3065 4739 / 3065 4752 ou envie sua mensagem para farmacovigilancia@cvs.saude.sp.gov.br