



Título: Formulário de Suspeita de Evento Adverso

Identificação de Referência: Anexo B

Revisão: 02

Classificação SIGDA: 013.1

Data:		Atendente:				
Identificação do Notificador						
Nome do notificador:						
Categoria profissional: <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Outros. Cite:						
Endereço:						
Bairro:		Cidade:			Estado	
CEP:		Telefone: ()			Celular: ()	
Fax: ()		e-mail:				
Identificação do Paciente						
O notificador é o paciente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se não, Informe as iniciais do paciente:				
Idade ou data de nascimento:		Sexo <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Ignorado		Peso	Altura	Em caso de gravidez, qual o tempo de gestação no momento do EA:
Identificação do Medicamento suspeito						
Nome Produto suspeito:		Dose diária:	Via de adm.:	Data de início:	Data de fim:	Motivo do uso: Nº do lote:
Local de aquisição do produto:					Data: __/__/__	
Identificação de Medicamentos de uso concomitante						
Nome Produto:		Dose diária:	Via de adm.:	Data de início:	Data de fim:	Motivo do uso: Nº do lote:
Descrição do Evento Adverso (EA)						
Breve descrição do Evento Adverso: (evolução, intensidade, resultados laboratoriais, etc)				Assinale se aplicável: <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Necessidade ou prolongamento de hospitalização <input type="checkbox"/> Invalidez ou incapacidade significativas <input type="checkbox"/> Risco à vida O EA diminuiu com a suspensão do medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A O EA reapareceu após o reinício do medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A		
Reação:		Data de início da EA	Data de fim da EA	Evolução ou sequelas (se houver):		
Doenças concomitantes						
<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Hepatopatia <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Outras. Cite:						
Alergia ou outras reações prévias ao medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido						
Antecedentes médicos:						
Há suspeita de desvio de qualidade? O produto suspeito apresenta alteração? (Decomposição, contaminação, adulteração, prazo de validade vencido, cristalização, alteração de coloração)						