

FORMULÁRIO PACIENTE

Faça o seu relato do evento adverso (EA), mesmo que não disponha de todas as informações solicitadas.

A. INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE

1. Identificação do paciente (iniciais):*

2. Idade na época do evento ou data de nascimento:

3. Sexo:

4. Peso em kg:

5. Em caso de gravidez, indique o tempo de gestação no momento do EA:

B. EVENTO ADVERSO OU PROBLEMA COM PRODUTO

1. Descreva o evento ou problema*:

2. Data do evento (dia/mês/ano)*:

C. MEDICAMENTO SUSPEITO

1. Nome (informar a concentração constante do rótulo, se conhecida):*

2. Nº do lote:

3. Validade:

4. Dose e frequência de administração

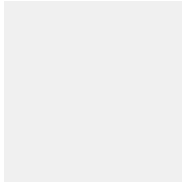
D. RELATOR

1. Nome:*

2. Endereço completo:

3. Telefone*:

4. E-mai*:



Autoriza contato posterior para maiores informações? () Sim () Não

Autoriza contato o seu médico? () Sim () Não

Favor informar contato do médico: _____

Campos marcados com (*) são de preenchimento obrigatório.