

## FORMULÁRIO PROFISSIONAL DE SAÚDE

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. Nº do prontuário, se internado:

6. Nome da instituição, se internado:

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

### B. EVENTO ADVERSO OU PROBLEMA COM PRODUTO

1. Evento adverso e/ou problema com produto:\*

2. Resultados atribuídos ao evento adverso:

Morte (dia/mês/ano):

Invalidez

Risco de morte

Anomalia congênita

Hospitalização inicial ou prolongada

Necessidade de intervenção para prevenção de comprometimento / dano permanente

Outro:

3. Data do evento (dia/mês/ano)\*:

4. Data deste relatório (dia/mês/ano):

5. Descreva o evento ou problema\*:

6. Exames relevantes / dados laboratoriais, incluindo datas:

7. Dados relevantes da história, incluindo condições médicas pré-existentes (p.ex., alergias, gravidez, consumo de cigarros e álcool, disfunção renal / hepática etc.):

Informações complementares:

### C. MEDICAMENTO SUSPEITO

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

2. N° do lote:

3. Validade:

4. Dose, frequência e via de administração:

5. No caso de medicação injetável, informar detalhes da diluição:

6. Datas do início e fim do tratamento (se desconhecido, fornecer a duração aproximada):

7. Diagnóstico para uso (indicação):

8. O evento diminuiu a interrupção do uso ou redução da dose?

9. O evento reapareceu após a reintrodução do medicamento?

10. Medicamentos usados concomitantemente e data do tratamento (excluir os utilizados no tratamento do evento adverso):

Nome:

Dose e via de administração:

Frequência:

Data início do uso:

Data fim do uso:

Motivo de uso:

11. Informações adicionais:

#### D. RELATOR

1. Nome:\*

2. Endereço completo:

3. Telefone\*:

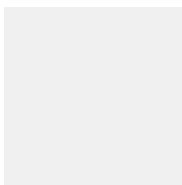
4. E-mail\*:

5. Profissional médico?

6. Cargo:

7. O evento foi relatado ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária?

Caso sim, favor informar o número da notificação: \_\_\_\_\_



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

**Campos marcados com (\*) são de preenchimento obrigatório.**