

Data: _____ Atendente: _____ Id Ocor. nº: _____

Identificação do Notificador

Nome do notificador: _____

Categoria profissional: Dentista Enfermeiro Farmacêutico Médico Outros. Cite: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado _____

CEP: _____ Telefone: () _____ Celular: () _____

Fax: () _____ e-mail: _____

Identificação do PacienteO notificador é o paciente: Sim Não Se não, Informe as iniciais do paciente: _____Idade ou data de nascimento: _____ Sexo Fem Masc. Ignorado Peso _____ Altura _____ Em caso de gravidez, qual o tempo de gestação no momento da RAM: _____**Identificação do Medicamento suspeito**

Nome Produto: _____ 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 da suspeita de Reação Adversa

Breve descrição da Reação: (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 de vida
	A RAM diminuiu com a suspensão do medicamento?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A
	A RAM reapareceu após o reinício do medicamento?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A

Reação:	Data de início da RAM	Data de fim da RAM	Evolução ou seqüelas (se houver):

Doenças concomitantes

Hipertensão Diabetes Cardiopatia Nefropatia Hepatopatia Etilismo Tabagismo
 Outras. Cite: _____

Alergia ou outras reações prévias ao medicamento? Sim Não Desconhecido

Antecedentes médicos: _____

O produto suspeito apresenta alteração? (decomposição, contaminação, adulteração, prazo de validade vencido, cristalização, alteração de coloração)
