

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Setor: \_\_\_\_\_ Enfermaria/Leito: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS SUSPEITOS

(Não mencionar os usados para o tratamento da reação)

| Nome do Medicamento ou genérico | Lote | Fabricante | Dose | Via de administração | Início do Tratamento | Fim do Tratamento | Motivo do Uso |
|---------------------------------|------|------------|------|----------------------|----------------------|-------------------|---------------|
|                                 |      |            |      |                      |                      |                   |               |
|                                 |      |            |      |                      |                      |                   |               |
|                                 |      |            |      |                      |                      |                   |               |
|                                 |      |            |      |                      |                      |                   |               |

DESCRIÇÃO DA REAÇÃO ADVERSA

Início do Evento: \_\_\_\_\_ Fim do Evento: \_\_\_\_\_

Breve relato das reações, com dados laboratoriais relevantes:

Sequelas (Se Houver):

Recuperou-se integralmente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Recuperou-se com sequelas: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Ainda não se recuperou: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

DOENÇAS CONCOMITANTES

☐ Diabetes ☐ Hipertensão Arterial ☐ Doença Renal ☐ Doença Hepática ☐ DPOC ☐ Doença Cardíaca

☐ Alergia ao Medicamento ☐ Tabagismo ☐ Etilismo

☐ Outras: \_\_\_\_\_

|                                                    |                              |                              |                                                          |
|----------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Óbito?                                             | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não se aplica ou é desconhecido |
| Prolongou A Internação?                            | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não se aplica ou é desconhecido |
| Risco De Morte?                                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não se aplica ou é desconhecido |
| Reação Desapareceu Após Retida/Diminuição De Dose? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não se aplica ou é desconhecido |
| Evento Reapareceu Após Reintrodução?               | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não se aplica ou é desconhecido |
| Notificou Anteriormente O Caso?                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não se aplica ou é desconhecido |
| Necessitou De Tratamento?                          | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não se aplica ou é desconhecido |
| Posologia Foi Alterada?                            | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não se aplica ou é desconhecido |

|                                                                                                                                                                         |  |                                  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| Nome:                                                                                                                                                                   |  | Número de inscrição no Conselho: |  |
| Categoria Profissional: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Outro: _____ |  |                                  |  |
| Tefelonne: _____                                                                                                                                                        |  | E-mail: _____                    |  |

|                                                                                                                           |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Nome do Medicamento (Comercial ou Genérico): _____                                                                        |                 |
| Nome do Fabricante: _____                                                                                                 |                 |
| Número do Lote: _____                                                                                                     | Validade: _____ |
| Forma Farmacêutica: _____                                                                                                 |                 |
| Incidência da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Uma Vez <input type="checkbox"/> Mais de uma vez. Quantas vezes? _____ |                 |
| Descrição Detalhada do Desvio:                                                                                            |                 |

|                                  |                               |                                   |                      |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Assinatura<br>Coord. de Farmácia | Assinatura<br>Ger. Enfermagem | Assinatura<br>Ger. Administrativa | Diretoria Técnica    |
|                                  |                               |                                   |                      |
| Data: ____/____/____             | Data: ____/____/____          | Data: ____/____/____              | Data: ____/____/____ |