|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo_BLAU_FARMA | **BLAU FARMACÊUTICA** | **Anexo I POP CO FVG 004/3** |
| **RELATO DE EVENTO ADVERSO A MEDICAMENTO (RAMED)** |
| **Nome do Notificador:****(Profissional da Saúde)** | **Categoria Profissional:** |
| **Nº Inscrição:**  | **UF:** |
| **Tel: DDD ( )** | **E-mail:** |
| **Endereço:** | **CEP:** |
| **Empresa:** | **CNPJ:** |
| **DADOS DO PACIENTE** |
| **Inicial Paciente** | **Idade** | **Data de Nascimento** | **Sexo** | **Gravidez** | **Altura** | **Peso** |
|  |   | \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_ |  |  |  |  |
| **Diagnostico Principal:** | **Internado:**  |
| **Doenças Concomitantes e Vícios:** |
| **Alergia ou outras reações prévias a medicamentos:** |
| **MEDICAMENTO SUSPEITO** |
| **Medicamento:** | **Apresentação:** | **Lote:** | **Data Fab:** | **Data Val:** |
| **Posologia:** | **Via de Administração:** | **Motivo da Indicação:** |  **Início Uso:**\_\_/\_\_\_/\_\_ | **Fim Uso:**\_\_/\_\_\_/\_\_ |
| **Medicamento descontinuado:**  | **Caso sim, em qual data?** \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| **MEDICAMENTOS CONCOMITANTES**  |
| **Medicamento:** | **Posologia:** | **Via de Administração:** | **Início Uso:** | **Fim Uso:** | **Motivo da Indicação:** | **Lote:** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |
| **RELATO DO EVENTO ADVERSO** |
| **Reação:** | **Data de início da reação:** | **Data do fim da reação:** |
| **Reação:** | **Data de início da reação:** | **Data do fim da reação:** |
| **Reação:** | **Data de início da reação:** | **Data do fim da reação:** |
| **1** | **A reação causou óbito?** |  |  | ***Causa Mortis:*** |
| **2** | **A reação causou internação?** |  |  |  |
| **3** | **A reação prolongou internação?** |  |  |  |
| **4** | **A reação implicou em risco de morte?** |  |  |  |
| **5** | **A reação desapareceu/ melhorou após a retirada do medicamento?** |  |  |  |
| **6** | **A reação desapareceu/ melhorou com ajuste de dose?** |  |  |  |
| **7** | **A reação reapareceu após a retirada do medicamento?** |  |  |  |
| **8** | **Paciente tem história semelhante com o mesmo fármaco ou similar?** |  |  |  |
| **9** | **A reação foi confirmada por qualquer evidência objetiva?”** |  |  |  |
| **10** | **Medidas corretivas-** Tratamento administrado para o controle da RAM ou qualquer outro procedimento relacionado. |
| **11** | **Relato Clínico do caso e das reações, com dados laboratoriais relevantes -** Registrar toda e qualquer informação clínica referente ao paciente, que julgar importante. UTILIZE TAMBÉM ESTE CAMPO PARA DESCREVER QUALQUER FATO RELEVANTE QUECONSIDERAR IMPORTANTE OU AINDA ESCLARECER ALGUMA INFORMAÇÃO REGISTRADA EM QUALQUER OUTRO CAMPO. |
| **12** | **Evolução:** |
|  |  |  |  |  |
| **13** | **Relação do Medicamento com a Reação** |
|  |  |  |  |  |
| **Quem foi informado?** |  |  | **Outros:** |
| **Data preenchimento do Relato:** | **Carimbo / Assinatura** |
| **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |

**Anexar página adicional se necessário.**