|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 QUE  CONSIDERAR 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.**