|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo_BLAU_FARMA | | | | | **BLAU FARMACÊUTICA** | | | | | | | | **ANEXO I POP CORP FVG 003/1** | | | | | | | | | |
| **FORMULÁRIO DE RELATO DE EVENTO ADVERSO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Notificador:**  **(Profissional da Saúde)** | | | | | | | | | | | | **Categoria Profissional:** | | | | | | | | | | |
| **Nº Inscrição:** | | | | | | | | | | **UF:** |
| **Telefone:** | | | | | | | | | | **E-mail:** | | | | | | | | | | | | |
| **Endereço:** | | | | | | | | | | | | **CEP:** | | | | | | | | | | |
| **Empresa:** | | | | | | | | | | | | **CNPJ:** | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Iniciais Paciente** | | **Data de Nascimento** | | | | **Idade** | | | | **Sexo** | | **Gravidez** | | | | **Altura** | | | | | **Peso** | |
|  | | \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_ | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | | |  | |
| **Diagnostico Principal:** | | | | | | | | | | | | **Internado:** **SIM  NÃO**  **Data de início da internação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |
| **Histórico médico relevante:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Alergia ou outras reações prévias:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDICAMENTO SUSPEITO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Medicamento** | | | | **Apresentação** | | | | | | **Lote** | | | | | **Fabricação** | | | | **Validade** | | | |
| **Posologia** | | | | **Via de Administração** | | | | | | **Indicação / Motivo de Uso** | | | | | **Data de início**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | | **Data de término**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | |
| **Medicamento descontinuado: SIM  NÃO** | | | | | | | | | | **Se sim, em qual data?**  \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **Paciente já apresentou evento adverso anterior ao medicamento suspeito? SIM  NÃO**  **Se sim, em qual data? \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Descrever evento adverso apresentado anteriormente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDICAMENTOS CONCOMITANTES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Medicamento** | | | | **Posologia** | | | **Via de Administração** | | | **Data de início** | | **Data de término** | | | **Motivo da indicação** | | | | | **Lote** | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |
| **EVENTOS ADVERSOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Evento:** | | | | | | | | | | **Data de início** | | | | | | | **Data de término** | | | | | |
| **Evento:** | | | | | | | | | | **Data de início** | | | | | | | **Data de término** | | | | | |
| **Evento:** | | | | | | | | | | **Data de início** | | | | | | | **Data de término** | | | | | |
| **Evento:** | | | | | | | | | | **Data de início** | | | | | | | **Data de término** | | | | | |
| **Evento:** | | | | | | | | | | **Data de início** | | | | | | | **Data de término** | | | | | |
| **Medidas corretivas-** Tratamento administrado para o controle do evento adverso ou qualquer outro procedimento relacionado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Relato Clínico do caso e das reações, com dados laboratoriais relevantes (**Utilize também este campo para descrever qualquer fato relevante que considerar importante ou ainda esclarecer alguma informação registrada em qualquer outro campo). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESFECHO CLÍNICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Recuperado**  **Informar data de recuperação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_** | | | **Em recuperação** | | | | | **Recuperado com Sequelas** | | | | **Não Recuperado** | | | | | | **Desfecho Desconhecido** | | | | |
| **Óbito?** | | | | | | | | **SIM** | | | **NÃO** | | | ***Causa mortis:*** | | | | | | | | |
| **Necessitou de internação?** | | | | | | | | **SIM** | | | **NÃO** | | | **NÃO SE APLICA OU É DESCONHECIDO** | | | | | | | | |
| **Prolongou a internação?** | | | | | | | | **SIM** | | | **NÃO** | | | **NÃO SE APLICA OU É DESCONHECIDO** | | | | | | | | |
| **Houve risco de morte?** | | | | | | | | **SIM** | | | **NÃO** | | | **NÃO SE APLICA OU É DESCONHECIDO** | | | | | | | | |
| **O evento desapareceu/melhorou com**  **a retirada do medicamento?** | | | | | | | | **SIM** | | | **NÃO** | | | **NÃO SE APLICA OU É DESCONHECIDO** | | | | | | | | |
| **O evento desapareceu/melhorou com**  **o ajuste de dose?** | | | | | | | | **SIM** | | | **NÃO** | | | **NÃO SE APLICA OU É DESCONHECIDO** | | | | | | | | |
| **O evento reapareceu após reintrodução**  **do medicamento?** | | | | | | | | **SIM** | | | **NÃO** | | | **NÃO SE APLICA OU É DESCONHECIDO** | | | | | | | | |
| **RELAÇÃO DO MEDICAMENTO SUSPEITO COM O EVENTO ADVERSO (ALGORITMO DE NARANJO)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Definida** | | **Provável** | | | | | **Possível** | | | | **Duvidosa** | | | | | | **Não avaliada pelo relator** | | | | |
| **Data de preenchimento do relato** | | | | | | | | | **Carimbo / Assinatura do relator** | | | | | | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

**Anexar página adicional se necessário.**