|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.**