



NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO, ERROS DE MEDICAÇÃO OU DESVIO DE QUALIDADE

CONFIDENCIAL

Não deixe de preencher a ficha de notificação caso algum dado seja desconhecido

Qualquer dúvida no preenchimento, favor acessar <http://www.gpuim.ufc.br/cefaced> ou ligar para (85) 3366-8276 ou (85) 3366-8293

I Suspeita de Reação adversa () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

A. Dados do paciente

Nome: _____ Idade: _____ Peso: ____, __ (Kg) Sexo: Masculino Feminino
Hospitalizado: Sim Não Nº Prontuário: _____ Hospital: _____

B. Medicamentos*. Cite o nome dos medicamentos de que o paciente faz uso, prescrito ou não. Incluir: automedicação, fitoterápicos, chás e outros. Cite os suspeitos em 1º lugar. Não mencione os usados para tratamento da reação.

Nome comercial ou genérico(1)	Dose diária	Via de adm.	Data		Motivo do uso	Lote	Fabricante
			Início	Fim			
			/ /	/ /			
			/ /	/ /			
			/ /	/ /			
			/ /	/ /			
			/ /	/ /			

(1) Se o medicamento for manipulado, informe a fórmula, e, se genérico, é indispensável informar o fabricante.

C. Descrição da reação adversa. Se o paciente ainda não se recuperou, assinale o campo "Data do Fim" com um traço.

Reação	Data de início da reação	Data do fim da reação	Evolução/Seqüelas (se houver)
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	

Breve relato das reações, com dados laboratoriais relevantes.

D. Doenças concomitantes. Hipertensão Diabetes Cardiopatia Nefropatia Hepatopatia Etilismo
 Tabagismo Desconhecidas Outras. Cite _____
Alergia ou outras reações prévias ao medicamento? Não Sim

E. Informações Adicionais

1. Óbito? Não Sim Causa mortis: _____
2. Necessitou de internação? Não Sim Não se aplica ou é desconhecido
3. Prolongou a internação? Não Sim Não se aplica ou é desconhecido
4. Ameaçou a vida? Não Sim Não se aplica ou é desconhecido
5. A reação desapareceu ou melhorou após a retirada ou diminuição da dose do medicamento?
 Não Sim Não se aplica ou é desconhecido
6. O evento reapareceu após reintrodução do medicamento?
 Não Sim Não se aplica ou é desconhecido
7. Gravidez? Não Sim Não se aplica ou é desconhecido
8. Você notificou anteriormente esse caso? Não Sim À Anvisa. Quando / /
 Outro: / /

II Suspeita de desvio de qualidade () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

Nome do medicamento (comercial ou genérico)
Nome do fabricante
Endereço completo (vide embalagem)
Nº do lote
Data limite de validade do produto / /
Forma farmacêutica

Descrição detalhada do desvio

III Erro de Medicação () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

1. Data do evento / / 2. Hora do evento _____

3. Descreva o erro. Inclua descrição/seqüelas dos eventos, tipo de profissionais e serviços envolvidos.

4. O erro afetou o paciente

Não Sim Ignorado

Se sim, descrever efeitos nocivos

5. Descreva a evolução do paciente

1. Recuperado 2. Recuperado com seqüelas 3. Em recuperação 4. Óbito 5. Ignorado

6. Indique as causas do erro

1. Abreviações 2. Nomes similares 3. Distração 4. Cálculo/preparação 5. Rotina de administração
 6. Prescrição 7. Equipamentos 8. Outros. Citar:

7. Indique o local do erro

1. Hospital 2. Farmácia 3. Clínica 4. Posto de saúde 5. Ambulatório 6. Residência 7. Outro

8. Complete com o produto envolvido

Nome comercial ou genérico	Posologia	Via de adm.	Data inicio de uso	Data fim de uso	Motivo do uso	Lote

9. Sugestões de recomendação para evitar esse erro, ou descreva estratégias ou procedimento tomados para prevenir futuros erros.**10. Notificador**

Nome: _____

E-mail: _____

Profissional: _____

Telefone: (____) _____

Endereço: _____