



**NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO**  
**Formulário para uso exclusivo de Detentores de Registro de Medicamentos (DRM)**

**Atenção para o preenchimento obrigatório dos campos assinalados com (\*). Notifique, ainda que desconheça parte da informação.**

Você notificou anteriormente este caso? ( ) Não. ( ) Sim. Informe o NF inicial \_\_\_\_\_

**CONFIDENCIAL**

Nº Relato: \_\_\_\_\_

**A. Dados do paciente.**

Nome ou iniciais\*: \_\_\_\_\_

Idade ou data de nascimento\*: \_\_\_\_\_

Sexo \*: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Ignorado

Peso (em kg): \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal (opcional):

Em caso de gravidez, indique o tempo de gestação no momento da reação adversa \_\_\_\_\_

**B. Medicamentos\***. Cite o nome dos medicamentos de que o paciente faz uso, prescritos 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 *	Posologia*	Via de administração*	Data início uso*	Data fim uso*	Motivo do uso*	Lote

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

Reação*	Data de início da reação*	Data do fim da reação*

Relato clínico do caso e das reações, com dados laboratoriais relevantes

**D. Doenças concomitantes.**

( ) Hipertensão arterial ( ) Diabete ( ) Cardiopatia ( ) Nefropatia ( ) Hepatopatia ( ) Etilismo ( ) Tabagismo  
( ) Outras. Cite \_\_\_\_\_

Alergia ou outras reações prévias ao medicamento? ( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_ ( ) Não informa

**E. Evolução.**

- |  |                 |                                     |
|--|-----------------|-------------------------------------|
| 1. A reação causou óbito?  | ( ) Não ( ) Sim | <i>Causa mortis</i> _____           |
| 2. A reação causou internação?                                     | ( ) Não ( ) Sim | ( ) Não se aplica ou é desconhecido |
| 3. A reação prolongou a internação?                                | ( ) Não ( ) Sim | ( ) Não se aplica ou é desconhecido |
| 4. A reação implicou em risco de morte?                            | ( ) Não ( ) Sim | ( ) Não se aplica ou é desconhecido |
| 5. A reação desapareceu / melhorou após a retirada do medicamento? | ( ) Não ( ) Sim | ( ) Não se aplica ou é desconhecido |
| 6. A reação desapareceu / melhorou com ajuste de dose?             | ( ) Não ( ) Sim | ( ) Não se aplica ou é desconhecido |
| 7. A reação reapareceu após reintrodução do medicamento?           | ( ) Não ( ) Sim | ( ) Não se aplica ou é desconhecido |

**Dados do notificador primário (profissional de saúde)**

1. Nome: \_\_\_\_\_ Data da notificação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
2. Categoria profissional: ( ) Médico ( ) Dentista ( ) Farmacêutico ( ) Enfermeiro ( ) Outro. Descreva. \_\_\_\_\_  
3. Nº de inscrição no Conselho: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
4. Telefone\*: DDD ( ) \_\_\_\_\_ 5. E-mail \_\_\_\_\_

**Dados do notificador secundário (indústria)**

1. Nome da empresa\*: \_\_\_\_\_ CNPJ\*: \_\_\_\_\_  
2. Responsável pelo relato (nome e função) \_\_\_\_\_  
3. Telefone para contato\*: DDD ( ) \_\_\_\_\_ 5. E-mail \_\_\_\_\_  
4. Residência do paciente: Município \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Em caso de dúvida ligue 0XX (11) 3065 4618/ 3065 4739/ 3065 4752 ou envie sua mensagem para [farmacovigilancia@cvs.saude.sp.gov.br](mailto:farmacovigilancia@cvs.saude.sp.gov.br)