



**COMUNICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO
OU DESVIO DA QUALIDADE DE MEDICAMENTO**

CONFIDENCIAL

I- Reação Adversa *

1- Nome da pessoa que sofreu a reação adversa: (campo obrigatório)

2- Sexo (c.obrigatório)

() Masc () Fem () Ign

3- Idade da Pessoa :

(campo obrigatório)

4- Nome do medicamento que causou a reação adversa: (c. obrigatório)

5- Dosagem diária:

6- Nome do fabricante do medicamento: (campo obrigatório)

8- Data de início do uso do medicamento: (c.obrigatório)

9- Data do aparecimento da reação adversa: (c.obrigatório)

7- Descreva resumidamente a reação adversa: (c.obrigatório)

10-Descreva brevemente a condição de saúde antes do uso do medicamento:

11- Tomou junto outros medicamentos ?

Sim
Não

Se Sim, quais:

II - Desvio de Qualidade **

a. Nome do medicamento:

(campo obrigatório)

b. Nome do fabricante:

(campo obrigatório)

c. Lote do medicamento:

(campo obrigatório)

d. Data Validade

e. Descrição do desvio de qualidade: (campo obrigatório)

f. Nome/Endereço da farmácia onde foi adquirido o medicamento:

III - Informante

12- Nome: (campo obrigatório)

13- Telefone para contato: (campo obrigatório)

* Reação Adversa: É um resultado nocivo que ocorre durante ou após o uso clínico de um medicamento.

** Desvio de Qualidade: Qualquer alteração observada na apresentação do medicamento como aspecto, cor, odor, sabor, número de comprimidos na embalagem, volume, presença de corpo estranho ou mesmo falta de efeito.

Espaço reservado para Etiqueta de
Protocolo do CVS