

Nome completo do paciente:				Atendimento:	
Sexo:	Peso:	Setor:	Leito:	Data de nascimento:	
Em caso de gravidez, indicar o tempo de gestação:					

Citar o nome dos medicamentos que o paciente fez uso, prescritos ou não. Incluir: automedicação, fitoterápicos, chás e outros.

Nome comercial	Dose diária	Via de adm.	Volume e diluente	Tempo de infusão	Data de início de uso	Data fim de uso	Lote	Fabricante

Análise técnica da preparação e administração do medicamento:
*** Campo exclusivo para uso do farmacêutico**

Via de administração correta	() Sim	() Não
Volume adequado:	() Sim	() Não
Diluente compatível:	() Sim	() Não
Tempo de infusão correto:	() Sim	() Não

Descrição da Reação Adversa. Se o paciente ainda não se recuperou, assinale o campo "data do fim" com um traço

Reação	Data do Início	Data do Fim	Sequelas (se houver)

Doenças concomitantes

() Etilismo	() Hipertensão	() Cardiopatia	() Hepatopatia
() Desconhecidas	() Diabetes	() Nefropatia	() Tabagismo
Alergia a outras reações prévias ao medicamento?			
() Sim () Não			



FORMULÁRIO – FARMÁCIA

NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTOS

Código: F.HABF. 053

Versão: 01

Elaboração: 22/12/2023

Dados do Notificador

Nome completo:

Profissão:

Setor:

Nº de inscrição no Conselho:

Data da Notificação:

Assinatura e Carimbo:

Análise Farmacêutica

Reação sujeita a notificação:

() Sim () Não

Se sim:

Epimed – Nº:

VIGIMED – Nº

Resultado da Causalidade:

Parecer do Farmacêutico:

Nome do Avaliador:*Data da análise:****Assinatura e carimbo:**

Adaptado de: Notivisa – Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária. Formulário para Notificação de Eventos Adversos à Medicamento – Profissional da Saúde. ANVISA, BRASIL.

Adaptado de: Revista Qualidade HC - Desenvolvimento de instrumento para avaliação de notificações de suspeita de eventos adversos a medicamentos