

DATA: ____/____/____

Notificação RAM nº: _____

1- DADOS DO PACIENTE:

Nome completo: _____ Idade: _____

Peso: _____ Sexo: [] Masc. [] Fem. Nº leito: _____ Nº atendimento: _____

2- DADOS DO MEDICAMENTO SUSPEITO:

Princípio ativo: _____ Concentração: _____

Forma Farmacêutica: _____ Motivo do uso: _____

Dose diária: _____ Via de administração: _____

3- DESCRIÇÃO DA REAÇÃO:

Data/hora do início: ____/____/____ às ____:____ h Data/hora do fim: ____/____/____ às ____:____ h

Uso de medicamentos concomitantes? [] Não [] Sim

Quais? _____

4- INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE AS INTERVENÇÕES E RECUPERAÇÃO DO PACIENTE EM RELAÇÃO À REAÇÃO ADVERSA:

5- DADOS DO NOTIFICADOR:

Nome completo: _____ Cargo: _____

E-mail: _____ Telefone (Serviço/Unidade): _____

Serviço / Unidade: _____ Assinatura Supervisor/Coordenador: _____

PREENCHIMENTO PELA FARMÁCIA (Itens 6 e 7)

6- DADOS COMPLEMENTARES DO MEDICAMENTO SUSPEITO:

Lote: _____ Validade: ____/____/____ Marca / Fabricante: _____

Data início do tratamento: ____/____/____ Data da suspensão: ____/____/____

7- PARECER DO FARMACÊUTICO:

Retorno ao notificante em: ____/____/____ Via: [] E-mail [] Comunicação interna [] Outro _____

Assinatura/carimbo do Farmacêutico