



FORMULÁRIO – Farmácia

**NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A  
MEDICAMENTOS OU DE DESVIO DE QUALIDADE DE  
MEDICAMENTOS**

Código: F.HABF.053

Versão: 00

Elaboração: 30/08/2022

**SIGILOSO**

Nome completo do paciente:

Data de Nascimento do paciente: / /

Sexo: Peso:

Atendimento:

Setor:

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. Cite os suspeitos em 1º lugar. Não mencione os usados para tratamento da reação.

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

Análise técnica da preparação e administração do medicamento:

Via de administração correta: ( ) Sim ( ) Não

Volume adequado: ( ) Sim ( ) Não

Diluente compatível: ( ) Sim ( ) Não

Tempo de infusão correto: ( ) Sim ( ) Não

**\* Campo exclusivo para uso do farmacêutico****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? ( ) Outros:

( ) Sim ( ) Não



FORMULÁRIO – Farmácia

**NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A  
MEDICAMENTOS OU DE DESVIO DE QUALIDADE DE  
MEDICAMENTOS**

Código: F.HABF.053

Versão: 00

Elaboração: 30/08/2022

**Informações Adicionais**

1. Óbito ( ) Sim ( ) Não Causa Mortis:  
2. Necessitou de Internação? ( ) Sim ( ) Não  
3. Prolongou a internação? ( ) Sim ( ) Não  
4. Ameaçou a vida? ( ) Sim ( ) Não  
5. A reação melhorou ou desapareceu após a retirada ou diminuição da dose? ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A  
6. O evento reapareceu após a reintrodução do medicamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A  
7. Qual foi a conduta tomada?

**Suspeita de Desvio de Qualidade**

Nome do Medicamento e/ou Material:

Nome do Fabricante:

Endereço do Fabricante:

Nº do Lote:

Data de

Validade:

/ /

Forma Farmacêutica (p/medicamentos):

Descrição detalhada do desvio:

**Dados do Notificador**

Nome completo:

Profissão:

Setor:

Nº de inscrição do Conselho:

Data da Notificação:

/ /

Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_

**Análise Farmacêutica**

Queixa Técnica, evento, e/ou reação sujeito a notificação: ( ) Sim ( ) Não

VIGIMED - Nº.

NOTIVISA - Nº.

Resultado do algoritmo de Naranjo - Causalidade:

\*Apenas para notificação que envolvam medicamentos

Nome do Avaliador:

Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_

Data da análise: / /