

**FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO
DE SUSPEITA DE REAÇÕES ADVERSAS**

Antes de preencher por favor consulte as instruções no verso deste formulário.

*** A. DOENTE**

Nome (Iniciais): _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Peso (Kg): _____ Altura (cm): _____

*** B. REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO**

1.Descrição	Data de início	Data de fim	Duração

2.Gravidade

Esta situação causou:

- Algum desconforto, mas sem comprometer as atividades diárias habituais..... ☐
- Desconforto e/ou incapacidade (temporária ou definitiva) no desempenho das atividades diárias habituais ☐
- Desconforto suficiente para recorrer ao aconselhamento/consulta de um profissional de saúde..... ☐
- O recurso a hospitalização ou o prolongamento da mesma (se já se encontrava hospitalizado) ☐
- Colocou a vida em perigo/risco (segundo opinião médica) ☐
- Malformação à nascença..... ☐
- Morte..... ☐

3.Foi necessário efectuar algum tratamento da reação adversa?

Não ☐ Sim ☐ Qual? _____

4.Como evoluiu o estado de saúde do doente?

Cura..... ☐	Presiste sem recuperação..... ☐
Cura, mas deixou consequências..... ☐	Morte..... ☐
Em recuperação..... ☐	Desconhecido..... ☐

5.As reações adversas foram comunicadas a um profissional de saúde?

Não ☐ Sim ☐ Nome e Contacto: _____

*** C. MEDICAMENTO SUSPEITO DE TER CAUSADO A REAÇÃO ADVERSA**

Nome completo do medicamento _____
Forma farmacêutica (ex.: comprimido, xarope, injetável) _____
Dosagem _____ N.º do Lote (ver embalagem): _____ Via de administração (ex.: oral, injeção ...): _____
Data em que iniciou o medicamento: ____/____/____ Data em que parou de usar o medicamento: ____/____/____
Foi a 1ª vez que utilizou este medicamento? Sim ☐ Não ☐
Quantas unidades (ex.: comprimidos, ampolas) do medicamento tomou/utilizou por dia? _____
Para que situação/doença foi utilizado o medicamento? _____
Parou de utilizar o medicamento? Sim ☐ Não ☐ Reduziu a dose ? Sim ☐ Não ☐
Quando deixou de usar o medicamento ou quando reduziu a sua dose, Melhorou ☐ Piorou ☐ Sem diferenças ☐

Para poder notificar uma reação adversa, é necessário fornecer alguns dados pessoais para que possa ser possível contactar o utente que submeteu a notificação, caso haja necessidade de esclarecimentos adicionais relativamente à mesma. As informações fornecidas serão mantidas seguras e confidenciais.

D. INFORMAÇÃO ADICIONAL
Se tomou/utilizou outros medicamentos, produtos à base de plantas ou suplementos alimentares (nos últimos 3 meses), por favor indique quais:
Outros dados que considere relevantes (alergias, gravidez, resultados de análises ou outros):

* E. NOTIFICADOR
Nome: _____
Morada: _____
Código Postal _____ - _____
Concelho: _____ Telefone: _____ E-mail _____
Data: ____/____/____ Qual a sua relação com o doente? _____
Assinatura: _____

Obrigado Pela Sua Colaboração

Instruções de preenchimento
Antes de notificar e sempre que possível fale com um Profissional de Saúde sobre os efeitos indesejáveis sentidos. Quando iniciar o preenchimento, tenha consigo a embalagem do medicamento e o Folheto Informativo. Para que a sua notificação possa ser analisada, é indispensável que indique o nome completo do medicamento (mencionado na embalagem ou no Folheto Informativo) e que preencha os quadros A., B. e E. Se possível preencha também com o máximo de informação os restantes campos do formulário.