

Notificação de Reacções Adversas a Medicamentos

Notifique sempre que suspeitar de uma reacção adversa

Confidencial

A. Reacção adversa a medicamento (RAM)

Descrição	Data início	Data fim	Duração RAM se < 1 dia
	ano mês dia	ano mês dia	hora min
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Considera a reacção adversa (ou o caso, se mais do que uma reacção) grave? Sim Não

Se sim, porque considera grave?

- Resultou em morte ano mês dia
 Colocou a vida em risco
 Motivou ou prolongou internamento
 Resultou em incapacidade significativa (especifique em F.)
 Causou anomalias congénitas
 Outra³ (especifique em F.)

Tratamento da reacção adversa:

B. Medicamento(s) suspeito(s)

	Nome de marca	Lote	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
#1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

O medicamento foi suspenso devido à reacção A reacção melhorou após suspensão Ou manteve-se

Houve redução da posologia (especifique em F.) Suspeita de interacção entre medicamentos (especif. em F.)

O mesmo fármaco foi reintroduzido Ocorreu reacção adversa idêntica quando da reintrodução

São conhecidas reacções anteriores ao mesmo fármaco São conhecidas reacções anteriores a outros fármacos

Considera a relação causal: Definitiva (certa) Provável Possível Improvável

C. Medicamentos concomitantes, incluindo auto-medicação (e outro tipo de produtos)

	Nome de marca	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
#3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D. Doente

Iniciais do nome Feminino Masculino Peso Kg Altura cm

Data de nascimento ano mês dia Ou idade à data da ocorrência da(s) RAM(s)

Como evoluiu o doente em relação à(s) RAM(s)?

- Cura Em recuperação Persiste sem recuperação Morte sem relação com a reacção
 Cura com sequelas Desconhecida Morte com possível relação com a reacção

E. Profissional de saúde

Nome
 Profissão Especialidade
 Local de trabalho
 Contactos : Telefone/Telemóvel e-mail
 Data ano mês dia

