

Sistema Nacional de Farmacovigilância

Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos Utentes

Confidencial

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

*A. DOENTE

Nome (Iniciais): Sexo: M F Idade:

Data de nascimento: ano mês dia

*B. REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO1

| 1.Descrição | Data de início | Data de fim | Duração |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2.Gravidade2

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..... <input type="checkbox"/> | Presiste sem recuperação..... <input type="checkbox"/> |
| Cura, mas deixou consequências..... <input type="checkbox"/> | Morte..... <input type="checkbox"/> |
| Em recuperação..... <input type="checkbox"/> | Desconhecido..... <input type="checkbox"/> |

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)

Dosagem3 N.º do Lote (ver embalagem): Via de administração (ex.: oral, injeção ...):

Data em que iniciou o medicamento: ano mês dia Data em que parou de usar o medicamento: ano mês dia

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, e não serão partilhadas com entidades externas ao Sistema Nacional de Farmacovigilância. Os dados pessoais poderão ser consultados pelo respetivo titular e podem ser objeto de pedido de alteração, no caso de estarem incorrectos ou desatualizados.

