

NOTIFICAÇÃO DE REACÇÃO ADVERSA (RA)

Nome do médico, instituição, morada, tel., fax:		Tipo de notificação:		Data da notificação (dd/mmm/aaaa):		Grupo/Lote nº:	
		[] Inicial [] Follow-up					
		Nome do medicamento/ produto biológico:		Indicação:		Via de administração:	
		Dose e frequência:		Data da primeira administração (dd/mmm/aaaa):		Data da última administração (dd/mmm/aaaa):	
Iniciais do doente:		Nº do doente: (se aplicável)		Sexo: [] M [] F		A reacção adversa ocorreu durante a administração: [] Sim [] Não [] NA	
				O acontecimento diminuiu após interromper a administração: [] Sim [] Não [] NA		O acontecimento voltou a surgir após reintrodução: [] Sim [] Não [] NA	
Idade (a):	Data de nascimento (dd/mmm/aaaa):	Altura (Cm):	Peso (Kg):	Gravidez: [] Sim [] Não [] NA	Outros comentários:	Data de início da RA (dd/mmm/aaaa):	Data de resolução da RA (dd/mmm/aaaa):
							ou: [] por resolver

REACÇÃO ADVERSA (POR FAVOR INSERIR DIAGNÓSTICO):

Neste espaço, por favor descrever sinais/ sintomas, gravidade, tempo de evolução, procedimento diagnóstico, dados laboratoriais relevantes e história clínica. Indicar toda a medicação prescrita para tratamento da RA (anexar notas se necessário):

Reacção Adversa Grave? [] Sim [] Não Categoria de RA grave: [] Morte, data (dd/mmm/aaaa): ____ / ____ / ____ [] Põe a vida em risco [] Causa ou prolonga hospitalização [] Resulta em incapacidade persistente ou significativa [] Causa malformação/ anomalia congénita [] Reacções adversas classificadas como "medicamente importantes", ou seja, aquelas que, do ponto de vista clínico, podem pôr o doente em risco ou que obrigam a uma intervenção para prevenir uma complicação ou evolução potencialmente graves		Resultado: [] Recuperado sem sequelas [] Recuperado com sequelas: _____ [] Em resolução [] Desconhecido [] Outra: _____	
Relação com medicamento/ produto biológico: [] Nenhuma [] Pouco provável/ remota [] Possível [] Provável [] Altamente provável/ definitiva [] Avaliação Pendente		Ação face ao medicamento/produto biológico: [] Nenhuma [] Redução da dose [] Interrupção temporária Data de interrupção (dd/mmm/aaaa): ____ / ____ / ____ Data de reinício (dd/mmm/aaaa): ____ / ____ / ____ [] Interrupção permanente	
		Gravidade: [] Ligeiro [] Moderado [] Grave	

MEDICAÇÃO CONCOMITANTE (Excluir tratamento para reacção adversa, se necessário utilizar uma folha adicional)

Tratamento	Dose total diária (unidades):	Data(s) do tratamento (dd/mmm/aaaa):		Indicação:	Suspeita*:
		Data de início	Data de fim		
				[] continua	[] Sim [] Não
				[] continua	[] Sim [] Não
				[] continua	[] Sim [] Não
				[] continua	[] Sim [] Não
				[] continua	[] Sim [] Não
				[] continua	[] Sim [] Não

*Há alguma indicação de que a medicação concomitante possa ter contribuído para a RA?

Notificador _____ Data (dd/mmm/aaaa) _____ Assinatura _____