

Notifique sempre que suspeitar de uma reação adversa

A. Reação adversa a medicamento (RAM)

Descrição	Data início ¹	Data fim	Duração RAM se < 1 dia
	__/__/__	__/__/__	__ h __ min
	__/__/__	__/__/__	__ h __ min
	__/__/__	__/__/__	__ h __ min
	__/__/__	__/__/__	__ h __ min

Considera a reação adversa (ou o caso, se mais do que uma reação)² grave? Sim Não

Se sim, porque considera grave?

- Resultou em morte __/__/__ Resultou em incapacidade significativa (especifique em **F.**)
 Colocou a vida em risco Causou anomalias congénitas
 Motivou ou prolongou internamento Outra³ (especifique em **F.**)

Tratamento da reação adversa: _____

B. Medicamento(s) suspeito(s)

	Nome de marca	Lote	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
#1							
#2							

- O medicamento foi suspenso devido à reação A reação melhorou após suspensão Ou manteve-se
 Houve redução da posologia (especifique em **F.**) Suspeita de interação⁴ entre medicamentos (especificar em **F.**)
 O mesmo fármaco foi reintroduzido Ocorreu reação adversa idêntica quando da reintrodução
 São conhecidas reações anteriores ao mesmo fármaco São conhecidas reações anteriores a outros fármacos

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

C. Medicamentos concomitantes, incluindo automedicação (e outro tipo de produtos)

	Nome de marca	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
#3						
#4						
#5						
#6						
#7						

D. Doente

Iniciais do nome _____ Feminino Masculino Peso _____ Kg Altura _____ cm

Data de nascimento __/__/__ 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 reação
 Cura com sequelas Desconhecida Morte com possível relação com a reação

E. Profissional de saúde

Nome _____
 Profissão _____ Especialidade _____
 Local de trabalho _____
 Contactos⁵: Telefone/Telemóvel _____ e-mail _____
 Data __/__/__ Assinatura _____

v.s.f.f.

F. Comentários (Dados relevantes de história clínica e farmacológica, alergias, gravidez, exames auxiliares de diagnóstico ou outros)

Obrigado pela sua colaboração

Para sua maior comodidade, pode notificar "on line" através do [PORTAL RAM](#) que se encontra disponível em www.infarmed.pt

¹ Se for inferior a 1 dia o intervalo de tempo entre a 1.ª administração do medicamento e a RAM, especifique em **F**.

² Se ocorreu mais do que uma RAM, considere a gravidade do caso i.e. o conjunto das reações adversas.

³ No conceito de gravidade, o item "Outra" é utilizado quando a RAM não colocar imediatamente a vida em risco ou resultar em morte, ou em internamento, mas requeira intervenção do profissional de saúde para prevenir que a reação evolua para qualquer um dos outros critérios de gravidade.

⁴ Se existir suspeita de interação, considere os respetivos medicamentos como suspeitos.

⁵ Mencione os melhores meios de contacto para ser possível a partilha de informação durante o processamento da notificação. Os dados do profissional de saúde notificador são confidenciais.

Para ser considerada válida, uma notificação de reação adversa deverá ter, no mínimo: a informação do profissional de saúde com o meio de contacto; a identificação do doente por iniciais, data de nascimento, idade, grupo etário ou sexo; pelo menos um fármaco/medicamento suspeito e pelo menos uma reação adversa suspeita.

Devem ser notificadas todas as suspeitas de reações adversas graves, mesmo as já descritas; todas as suspeitas de reações adversas não descritas (desconhecidas até à data) mesmo que não sejam graves e todas as suspeitas de aumento da frequência de RAM (graves e não graves).

Entidade	Telefone	e-mail
Direção de Gestão do Risco de Medicamentos INFARMED, I.P. Parque de Saúde de Lisboa - Avenida do Brasil, 53, 1749-004 Lisboa	217 985 209	farmacovigilancia@infarmed.pt
Unidade de Farmacovigilância de Guimarães Hospital de Guimarães Rua dos Cutileiros, Creixomil, 4835-044 Guimarães	910 337 505 / 253 421 011	farmacovigilancia@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt
Unidade de Farmacovigilância do Porto Faculdade de Medicina da Universidade do Porto Rua Doutor Plácido da Costa, 4200-450 Porto Site: www.ufn.med.up.pt	220 426 952/943	ufporto@med.up.pt
Unidade de Farmacovigilância de Coimbra - AIBILI Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-548 Coimbra Site: http://www.ufc.aibili.pt	239 480 138/111	ufc@aibili.pt
Unidade de Farmacovigilância da Beira Interior Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior Av. Infante D. Henrique, 6200-506 Covilhã	275 329 070	ufarmabi@fcsaude.ubi.pt
Unidade de Farmacovigilância de Setúbal e Santarém* Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa Av. Prof. Gama Pinto S/N, 1649-003 Lisboa Site: http://ufs.ff.ul.pt *Atualmente a receber também reações adversas ocorridas na área de Lisboa	217 971 340	ufs@ff.ulisboa.pt
Unidade de Farmacovigilância do Algarve e Alentejo Universidade do Algarve - Dep. Ciências Biomédicas e Medicina (DCBM) Campus de Gambelas, Ala norte do edifício 2, sala 2.52, 8005-139 Faro	289 800 065	ufalgarvealentejo@abcmedicalg.pt
Unidade de Farmacovigilância dos Açores Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER Av. D. Manuel I 9500-370 Ponta Delgada / São Miguel - Açores	296 203 030	ufa@azores.gov.pt
Unidade de Farmacovigilância da Região Autónoma da Madeira Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM Rua Das Pretas, N.º 1/9004-515 Funchal	291 212 300	farmacovigilancia@iasaude.madeira.gov.pt

Unidade de Farmacovigilância do Centro e Norte Alentejano - UFV- CNA Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus Largo do Senhor da Pobreza 7000-811 Évora	266 730 319	ufv_cna@uevora.pt
--	-------------	--