

Sistema Nacional de Farmacovigilância
CONFIDENCIAL
Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos
Utentes

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

* A. DOENTE		
Nome (Iniciais): _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Idade: _____
Data de nascimento: ___/___/_____	Peso (Kg): _____	Altura (cm): _____

*B. REACÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO¹			
I.Descrição	Data de início	Data de fim	Duração

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 efetuar algum tratamento da reação adversa?

Não Sim Qual? _____

4.Como evoluiu o estado de saúde do doente?

Cura..... <input type="checkbox"/>	Persiste 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 REACÇÃO ADVERSA
Nome completo do medicamento _____
Forma farmacêutica (ex.: comprimido, xarope, injetável) _____
Dosagem ³ _____ 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 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Reduziu a dose? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quando deixou de usar o medicamento ou quando reduziu a sua dose, Melhorou <input type="checkbox"/> Piorou <input type="checkbox"/> Sem diferenças <input type="checkbox"/>

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.

D. INFORMAÇÃO ADICIONAL
Se tomou outros medicamentos, produtos à base de plantas ou suplementos alimentares (nos últimos 3 meses), 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

Para mais informação sobre notificação e sobre o Sistema Nacional de Farmacovigilância visite o site: www.infarmed.pt

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 da ficha.

Explicação das notas numeradas:

¹ Notifique qualquer reação nociva e involuntária, resultante da utilização do medicamento em doses normais, ou resultante de erros terapêuticos, utilização indevida ou abusiva, ou resultante de exposição ocupacional ao medicamento.

² Se ocorreu mais do que um efeito indesejável, considere a gravidade do conjunto de efeitos e não a gravidade de cada um deles isoladamente.

³ Na embalagem, junto ao nome do medicamento, está indicada a dosagem do mesmo- (ex.: 10 mg; 5 ml).

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 Covilha	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 Baixo Alentejo (UFALBA) 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	ufalba@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	291 212 300	farmacovigilancia@iasaude.madeira.gov.pt

Rua Das Pretas, N.º 1/9004-515 Funchal		
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