



PROJETO HOSPITAIS SENTINELA
HC – FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP
PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO DE
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO (RAM)

OBS: Encaminhar nº de amostras conforme orientação da ANVISA juntamente com a notificação

ETIQUETA

Setor: _____

Peso: _____ Kg Diagnóstico(s): _____

Doenças pré-existentes: _____

Medicamento suspeito: _____ Fabricante: _____

Lote: _____ Data de fabricação: ____/____/____ Data de validade: ____/____/____

Nº de registro M.S. _____ Indicação de uso: _____

Data de utilização do medicamento suspeito: ____/____/____ Via de administração: _____

Dosagem utilizada do medicamento: _____

Diluição: _____ Tempo de administração: _____

Quando iniciou o uso do medicamento: ____/____/____ Data da reação: ____/____/____

Se possível a hora: _____ Depois de quanto tempo de uso do medicamento apresentou a reação: _____

Medicamentos utilizados concomitantemente:

NOME COMERC.	NOME FARMACOL.	VIA ADM.	DOSE DIÁRIA	TRATAMENTO			INDICAÇÃO
				INÍCIO	TÉRMI-NO	DURA-ÇÃO	

Descrição da ocorrência: (reação apresentada / início e término da reação / gravidade / conduta etc...) _____

A RAM estava descrita na bula? () Sim () Não Tratamento específico para a reação adversa: () Não () Sim Qual? _____

Após tratamento, houve melhora do quadro? () Sim () Não Foi reexposto ao produto? () Sim () Não

A reação foi severa? () Não () Sim Qual a intensidade? _____

Recuperação do paciente? () Sim () Não _____

Houve seqüela? () Não () Sim Qual? _____

Óbito: ____/____/____ CID (do óbito): _____ Causa da morte: _____

Data: ____/____/____ Responsável pela notificação (nome legível, assinatura e carimbo): _____

ANEXAR RESULTADOS DE EXAMES SE HOVER