



**PROJETO HOSPITAIS SENTINELA**  
**HC – FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP**  
**PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO DE INEFICÁCIA TERAPÊUTICA**

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: \_\_\_\_\_  
 Tempo de espera para o efeito terapêutico desejado: \_\_\_\_\_

**Medicamentos utilizados concomitantemente:**

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

Descrição da ocorrência: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Foi necessário o aumento da dosagem para atingir o efeito terapêutico desejado: ( ) Sim ( ) Não  
 Se sim? Quanto? \_\_\_\_\_ Foi necessária a troca do medicamento suspeito: ( ) Sim ( ) Não  
 Se sim: ( ) por outro lote ( ) outro fabricante ( ) outro medicamento Qual? \_\_\_\_\_  
 Dosagem: \_\_\_\_\_ Com essas medidas, houve o efeito terapêutico esperado? ( ) Sim ( ) Não  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Responsável pela notificação (nome legível, assinatura e carimbo): \_\_\_\_\_