

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

CONFIDENCIAL

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			
1.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 efectuar algum tratamento da reacção 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 reacções 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 reacção 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 secundário, considere a gravidade do conjunto de efeitos secundários 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).

CONTACTOS

Entidade	Telefone	Fax	e-mail
DGRM/INFARMED, I.P. Parque de Saúde de Lisboa - Avenida do Brasil, 53, 1749-004 Lisboa	217 985209	-	farmacovigilancia@infarmed.pt
Unidade Regional de Farmacovigilância de Guimarães Hospital de Guimarães Rua dos Cutileiros, Creixomil, 4835-044 Guimarães	253 775 479	-	farmacovigilancia@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt
Unidade Regional 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	225 513 682	ufporto@med.up.pt
Unidade Regional de Farmacovigilância de Coimbra - AIBILI Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-548 Coimbra Site: http://www.ufc.aibili.pt	239 480 138 /111	239 480 117	ufc@aibili.pt
Unidade Regional de Farmacovigilância da Beira Interior Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior Av. Infante D. Henrique, 6200-506 Covilhã	275 329 070	275 329 099	ufarmabi@fcsaude.ubi.pt
Unidade Regional de Farmacovigilância de Lisboa Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica, piso 3 Faculdade de Medicina de Lisboa, Av. Prof. Egas Moniz, 1649-028 Lisboa	217 802 127/0	-	uflvt@sapo.pt
Unidade Regional de Farmacovigilância de Setúbal e Santarém Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa Av. Prof ^o Gama Pinto, 1649-003 Lisboa Site: http://ufs.ff.ul.pt	217 971 340	217 971 340	ufs@ff.ulisboa.pt
Unidade Regional 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@gmail.com
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