

Notifique sempre que suspeitar de uma reação adversa

CONFIDENCIAL

**A. Reação adversa a medicamento (RAM)**

| Descrição | Data início <sup>1</sup> | 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)<sup>2</sup> 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  Outra<sup>3</sup> (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 interação<sup>4</sup> 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 casual:  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 \_\_\_\_\_  
Contactos<sup>5</sup>  Telefone/Telemóvel \_\_\_\_\_  e-mail \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

