

DADOS DO RELATOR				TIPO DE NOTIFICAÇÃO:	
Nome:*				<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Seguimento (<i>Follow-up</i>)	
Endereço:					
Telefone:*	()	E-mail:*			
Relator é profissional de saúde?*	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se sim, qual a profissão?*				Nº do Conselho:	

INICIAIS DO PACIENTE*	SEXO*			IDADE*	DATA DE NASCIMENTO
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Não Informado		____/____/____

MEDICAMENTO(S) SUSPEITO(S) FERRING*	APRESENTAÇÃO*	Nº DO LOTE	DOSE DIÁRIA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO*	INDICAÇÃO*	DATA DE INÍCIO	DATA DO TÉRMINO
(nome comercial e/ou princípio ativo)	(forma farmacêutica e concentração)					____/____/____	____/____/____
						____/____/____	____/____/____

EVENTO(S) ADVERSO(S)*	INTENSIDADE	DATA DE INÍCIO	DATA DO TÉRMINO	REAÇÃO PERSISTE?	AVALIAÇÃO DE CAUSALIDADE DO RELATOR*
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa	____/____/____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possibilidade Relevante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa	____/____/____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possibilidade Relevante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa	____/____/____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possibilidade Relevante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa	____/____/____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possibilidade Relevante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

NARRATIVA E COMENTÁRIOS*
(descrever sinais, sintomas, tempo de duração, tratamento dos eventos adversos)

GRAVIDADE*		DESFECHO CLÍNICO*	AÇÃO TOMADA* (relacionada ao medicamento da Ferring)													
Grave?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado com sequela <input type="checkbox"/> Não recuperado <input type="checkbox"/> Óbito: Data: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Mudança de Dose												
Se grave favor especificar o critério:			<input type="checkbox"/> Suspensão Temporária	<input type="checkbox"/> Suspensão Permanente	<input type="checkbox"/> Mudança de Formulação											
<input type="checkbox"/> Paciente faleceu <input type="checkbox"/> Ameaça à vida <input type="checkbox"/> Incapacidade significativa <input type="checkbox"/> Hospitalização/ prolongamento internação <input type="checkbox"/> Anormalidade congênita/ defeito de nascimento <input type="checkbox"/> Evento médico importante			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">O evento desapareceu após a suspensão do medicamento?</th> <th colspan="2">O evento reapareceu após a reintrodução do medicamento?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Não se aplica</td> <td><input type="checkbox"/> Desconhecido</td> <td><input type="checkbox"/> Não se aplica</td> <td><input type="checkbox"/> Desconhecido</td> </tr> </tbody> </table>		O evento desapareceu após a suspensão do medicamento?		O evento reapareceu após a reintrodução do medicamento?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Desconhecido
O evento desapareceu após a suspensão do medicamento?		O evento reapareceu após a reintrodução do medicamento?														
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não													
<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Desconhecido													

HISTÓRIA MÉDICA RELEVANTE

(ex.: alergias, cirurgias prévias, doenças preexistentes etc.)

--

MEDICAMENTO (S) CONCOMITANTE (S) (excluir aqueles utilizados para tratar o evento adverso)

MEDICAMENTOS CONCOMITANTES	APRESENTAÇÃO (forma farmacêutica e concentração)	DOSE DIÁRIA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	INDICAÇÃO	DURAÇÃO DO TRATAMENTO	
					DATA DE INÍCIO	DATA DO TÉRMINO
					____/____/____	____/____/____
					____/____/____	____/____/____
					____/____/____	____/____/____
					____/____/____	____/____/____
					____/____/____	____/____/____
					____/____/____	____/____/____

DADOS DE GRAVIDEZ

Se sim, favor especificar idade gestacional:

Gravidez?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	Semanas:		Dias:	
-----------	--	----------	--	-------	--

DATA DO RELATO*
FERRING - DATA DE RECEBIMENTO
RECEBIDO POR
NÚMERO LOCAL

____/____/____	____/____/____		
----------------	----------------	--	--