

	<b>ASSUNTOS REGULATÓRIOS</b>
	<b>FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>
	Nativita Ind e Com. Ltda Rua Paracatu nº 1320 – Bandeirantes Cep: 36.047-040 – Juiz de Fora/MG

**NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO**

Preencha o maior número de informações possíveis, principalmente os campos com (\*). Notifique, ainda que desconheça parte das informações.

**CONFIDENCIAL**

**A – Dados do Paciente:**

\*Nome: \_\_\_\_\_

\*Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

\*Idade: \_\_\_\_\_

\* Peso / Altura: \_\_\_\_\_

\*Telefone: DDD ( ) Número: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**B – Dados do Notificador:**

\*Nome: \_\_\_\_\_

\* Você é: ( ) Pessoa Física ( ) Pessoa Jurídica

\* CPF / CNPJ: \_\_\_\_\_

\* Endereço: \_\_\_\_\_

\* Número \_\_\_\_\_ \*CEP: \_\_\_\_\_ \*Bairro: \_\_\_\_\_

\* Cidade: \_\_\_\_\_

	<b>ASSUNTOS REGULATÓRIOS</b>
	<b>FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>
	Nativita Ind e Com. Ltda Rua Paracatu nº 1320 – Bandeirantes Cep: 36.047-040 – Juiz de Fora/MG

\*Estado: \_\_\_\_\_

\*Telefone: DDD ( ) Número: \_\_\_\_\_

\*Email: \_\_\_\_\_

**C – Reação Adversa:**

\*Produto que causou a reação: \_\_\_\_\_

\*Lote do produto: \_\_\_\_\_

\*Validade: \_\_\_\_\_

\*Descrição da reação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Data de início do uso do medicamento: \_\_\_\_\_

\* Motivos do uso do produto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Data do aparecimento da reação adversa: \_\_\_\_\_

\*Data do fim da reação adversa: \_\_\_\_\_

Doenças concomitantes: ( ) Hipertensão arterial ( ) Diabetes ( ) Cardiopatia  
( ) Nefropatia ( ) Hepatopatia ( ) Etilismo ( ) Tabagismo ( ) Outras.Citar/: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	<b>ASSUNTOS REGULATÓRIOS</b>
	<b>FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>
	<b>Nativita Ind e Com. Ltda Rua Paracatu nº 1320 – Bandeirantes Cep: 36.047-040 – Juiz de Fora/MG</b>

\*Fez uso de outros medicamentos? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, quais? \_\_\_\_\_