	FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO POP FVG 136-ANEXO IV
	Versão: Nº 12 Revisado em: 18/02/2026 Válido até: 18/02/2028

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: _____

*Estado: _____

*Telefone: DDD () Número: _____

	FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO POP FVG 136-ANEXO IV		
	Versão: N° 12	Revisado em: 18/02/2026	Válido até: 18/02/2028

*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/: _____

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

Se sim, quais? _____