

Questionário de Investigação de Suspeita de eventos Adversos		
Nº: <small>(campo destinado a preenchimento da Medstar)</small>	Ano: <small>(campo destinado a preenchimento da Medstar)</small>	
Dados do Produto		
Produto:		
Lote:	Apresentação:	
Data de Fabricação:	Data de Validade:	
Dados do Relator		
<input type="checkbox"/> Consumidor Final <input type="checkbox"/> Profissional de saúde		
Nome do Relator:	Inscrição/Conselho: <small>(qdo aplicável)</small>	
Vinculo do relator: <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Endereço Completo:		
Telefones de contato:		
Dados do Paciente		
Identificação do paciente (nome ou Iniciais):		
Cidade:	Estado:	
Sexo:	Peso:	
Data de Nascimento:	Altura:	
Raça:		
Gravidez <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <small>(preencher o questionário de gravidez e lactante)</small>		
Lactante: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <small>(preencher o questionário de gravidez e lactante)</small>		
Tratamento ambulatorial: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº de atendimento:	Data de atendimento:
Paciente Internando: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº do prontuário	Data de internação
Dados do Prescritor		
Foi Prescrito por um médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não informado		
Especialidade médica:	Nº de Inscrição/Conselho:	
Autoriza contato: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso afirmativo, informar contato:	

Questionário de Investigação de Suspeita de eventos Adversos		
Dados do Evento Adverso (EA)		
Classificação do evento:		
<input type="checkbox"/> Suspeita de reação adversa ao medicamento	<input type="checkbox"/> Inefetividade terapêutica PARCIAL	
<input type="checkbox"/> Evento adverso por desvio de qualidade do medicamento	<input type="checkbox"/> Inefetividade terapêutica TOTAL	
<input type="checkbox"/> Evento adverso decorrente do uso NÃO aprovado do medicamento	<input type="checkbox"/> Intoxicação relacionada ao medicamento	
<input type="checkbox"/> Interação medicamentosa	<input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento	
	<input type="checkbox"/> Erro de medicação (potencial)	
	<input type="checkbox"/> Erro de medicação real	
	<input type="checkbox"/> Outros: _____	
Descrever o EA:		
Data/hora do início do Evento Adverso: _____		
Data/hora do término do Evento Adverso: _____		
Diagnostico principal para prescrição:		
Evento apareceu após a administração do Medicamento?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sei		
Com a suspensão do medicamento, o Evento Adverso.		
<input type="checkbox"/> Cessou <input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Piorou <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Não sei		
O paciente já experimentou semelhante Evento Adverso anteriormente com medicamentos de mesmo Principio Ativo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei.		
Caso afirmativo, ocorreu o mesmo evento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		
Evolução do Evento:		
<input type="checkbox"/> Em recuperação	<input type="checkbox"/> Resolvido	<input type="checkbox"/> Não Resolvido
<input type="checkbox"/> Resolvido com sequelas	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Óbito por outro EA
<input type="checkbox"/> Desconhecido		
Se o evento foi resolvido com sequelas, descrever sequelas:		
Se a evolução do evento foi Óbito:		
Faça um resumo do procedimento adotado pela instituição mediante ao evento adverso mencionado:		
Houve administração de outro medicamento para tratar o EA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		
Se afirmativo informar:		
Medicamento: _____		
Data/hora do início do uso do medicamento: _____		
Data/hora do termino do Uso do Medicamento: _____		

Questionário de Investigação de Suspeita de eventos Adversos	
Posologia Adotada:	Dose Total diária:
Via de administração: _____	
Data/hora do início do uso do medicamento: _____	
Data/hora do término do uso do medicamento: _____	
Administrou o medicamento antes, durante ou depois das refeições/lanches: () Antes () Durante () Depois () Não Sei	
O paciente faz ou fez uso de algum outro medicamento concomitante com o medicamento? Incluir automedicação, fitoterápicos, chás: () Sim () Não () Não sei <small>Se afirmativo preencher o Questionário de medicamentos concomitantes</small>	
Foi administrado dose superior do mesmo lote do medicamento? () Sim () Não () Não sei	
Se afirmativo, informar:	
Posologia adotada: _____ com intervalo de _____	
Via de administração: _____	
Dose Total diária: _____	
Data/hora do início do uso do medicamento: _____	
Data/hora do término do uso do medicamento: _____	
Foi verificado efeito esperado do medicamento posteriormente a administração da dose superior? () Sim () Não () Não sei	
Foi administrado medicamento de outra marca para o efeito terapêutico esperado? () Sim () Não () Não sei	
Se afirmativo, foi verificado efeito esperado do medicamento? () Sim () Não () Não sei	
Se afirmativo, informar:	
Posologia adotada: _____ com intervalo de _____	
Via de administração: _____	
Dose Total diária: _____	
Data/hora do início do uso do medicamento: _____	
Data/hora do término do uso do medicamento: _____	
Fabricante: _____	

Questionário de Investigação de Suspeita de eventos Adversos**Historia progressa**

O paciente possui exames recentes?

 Sim Não Não sei

Se afirmativo preencher o questionário de exames

O paciente possui alguma patologia ou histórico clinico relevante e que poderia proporcionar/influenciar no Evento Adverso?

 Sim Não Não sei

Se afirmativo, informar quais:

 Hipertensão

Data de Inicio:

 Continuo
Data do Fim: Diabetes

Data de Inicio:

 Continuo
Data do Fim: Cardiopatias

Data de Inicio:

 Continuo
Data do Fim: Nefropatias

Data de Inicio:

 Continuo
Data do Fim: Hepatopatia

Data de Inicio:

 Continuo
Data do Fim: Etilismo

Data de Inicio:

 Continuo
Data do Fim: tabagismo

Data de Inicio:

 Continuo
Data do Fim: Outras especificar data de início e data do fim do diagnostico (se aplicável)

Observações adicionais:

Responsável pelo preenchimento:

Data: