



FORMULÁRIO
DE RELATO DE CASO

Documento relacionado:
POPfV - 01

FORMfV: 01 V01

Efetivação: 04/Out/2019

Nome do relator:		
Consumidor/paciente ()		Profissional de saúde ()
Nome do paciente (somente as Iniciais) :		
Gênero:		Idade:
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
Contato:		
Endereço:		
Cidade:		
CEP:		
Telefone:		
Celular:		
Produto:		
Relato EA ()		
Informação Médica ()	Reclamação/Qualidade ()	
Descrição do relato:		
Autoriza contato da Farmacovigilância para coleta de dados? () SIM () NÃO		
Data:		
Recebido por:		