Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde – **SMS**
Coordenação de Vigilância em Saúde – **COVISA**

Ficha de Notificação de Eventos Adversos aos Medicamentos

Relato Inicial ☐ **Informação Complementar** ☐

Iniciais do Paciente ☐☐☐☐☐☐☐☐ Data de nascimento ___ / ___ / ___ Idade _____

Sexo ☐ M ☐ F Peso (kg) _____

Reação Adversa Suspeita (RAM)	Início	Fim	Who-art (uso interno)
1 _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐
2 _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3 _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐
4 _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐
5 _____	___ / ___ / _____	___ / ___ / _____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Descrição da Reação

_____
_____
_____
_____
_____

História Clínica Resumida

_____
_____
_____
_____
_____

Antecedentes Pessoais	sim	não		sim	não
Internações Anteriores	☐	☐	Hepatopatia	☐	☐
Tabagismo	☐	☐	Diabetes	☐	☐
Etilismo	☐	☐	Nefropatia	☐	☐
Cardiopatia	☐	☐	Reação Adversa Prévia	☐	☐
Hipertensão	☐	☐			

Outras:_____

Medicamento(s) Suspeito(s)

Nome – Comercial e Genérico	Indicação	Dose Prescrita Via	Início da Adm.	Final da Adm.	ATC (uso interno)
			___/___/___	___/___/___	☐☐☐☐☐☐☐
			___/___/___	___/___/___	☐☐☐☐☐☐☐
			___/___/___	___/___/___	☐☐☐☐☐☐☐

Medicamento(s) Concomitante(s)					
Nome – Comercial e Genérico	Indicação	Dose Prescrita Via	Início da Adm.	Final da Adm.	**ATC (uso interno)**
			___/___/___	___/___/___	☐☐☐☐☐☐☐
			___/___/___	___/___/___	☐☐☐☐☐☐☐
			___/___/___	___/___/___	☐☐☐☐☐☐☐

Conduta

☐ Suspensão do Medicamento

☐ Redução da Dose. Especificar: _____

☐ Suspensão do Medicamento Concomitante **(em caso afirmativo citar qual)**: _____

☐ Não Necessitou Tratamento

☐ Tratamento medicamentoso da RAM, especificar: _____

☐ Outra. Especificar: _____

Evolução

☐ Recuperado ☐ Reação Inalterada

☐ Reação em resolução ☐ Reação Piorando

☐ Morte ☐ Desconhecida

☐ Seqüelas, quais? _____

Outras observações pertinentes (incluindo exames laboratoriais, radiológicos, biópsias, dúvidas, etc.)

_____

_____

_____

_____

_____

Identificação do Notificador

Unidade: _____ Função: _____

Notificador: _____

Telefone de Contato (11): _____ Fax: _____ Celular : _____

Data de envio da notificação: ____ / ____ / ____ E-mail: _____

COVISA – Coordenação de Vigilância em Saúde

Rua Santa Isabel,181 – Vila Buarque

Telefone: (11) **3350.6737** Fax: (11) **3350.6619 / 3350.6738**

E-mail: **smsprommed@prefeitura.sp.gov.br** Site: **www.prefeitura.sp.gov.br/covisa**