

# ANEXO 1: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE REACÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS E VACINAS



República de Moçambique  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

## DEPARTAMENTO FARMACÊUTICO SECTOR DE FARMACOVIGILÂNCIA

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE REACÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS E VACINAS							
<input type="checkbox"/> Informação Inicial			<input type="checkbox"/> Informação complementar				
<input type="checkbox"/> Unidade Sanitária		<input type="checkbox"/> Farmácia		<input type="checkbox"/> Público		Localidade: _____ Distrito: _____	
Nome: _____ Serviço: _____		<input type="checkbox"/> Privado					
<b>Iniciais do doente</b>			Idade _____		Peso (KG): _____		
NID _____			Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
			(anos/meses/Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Idade gestacional (meses) _____		
<b>Breve Descrição da reacção adversa</b>							
Data de início da reacção:...../...../..... Duração da reacção:..... Data de aplicação da vacina...../...../.....							
<b>Insira o(s) medicamento(s) / por ordem de suspeita:</b>							
Nome Genérico (DCI) e comercial / Vacina	Forma Farmacêutica e dosagem	Dose (única, diária, 1ª, 2ª, 3ª)	Via de Administração / Local de aplicação	Duração do tratamento (Concluído/em curso)		Indicação para uso	Nº de lote / Validade
				Início	Término		
<b>Resultado da reacção Adversa</b>				<b>Tratamento da reacção</b>			
<input type="checkbox"/> Risco de vida		<input type="checkbox"/> Recuperou sem sequelas		<input type="checkbox"/> Suspendeu o medicamento			
<input type="checkbox"/> Motivou hospitalização		<input type="checkbox"/> Recuperou com sequelas		<input type="checkbox"/> Reduziu a dose			
<input type="checkbox"/> Prolongou hospitalização		<input type="checkbox"/> Não recuperou ainda		<input type="checkbox"/> Tratou a reacção com:			
<input type="checkbox"/> Evento médico importante		<input type="checkbox"/> Morte		_____			
<input type="checkbox"/> Malformação congénita		<input type="checkbox"/> Desconhecido		_____			
<b>Substituição terapêutica</b> (Nome, dosagem, forma farmacêutica)		A reacção adversa desapareceu ou diminuiu após a suspensão ou redução da dose do medicamento?		A reacção adversa reapareceu após a reintrodução do medicamento?			
_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
_____							
_____							
<b>Comentários</b> (dados relevantes da anamnese, laboratório, alergias ou outro)							
<b>Nome do Notificador</b>		<b>Categoria Profissional</b>		<b>Telefone/Fax</b>		<b>Data da notificação</b>	
<b>Email:</b>							

Obrigado por ter notificado. A segurança do nosso doente é a nossa maior prioridade!

ESTA INFORMAÇÃO É CONFIDENCIAL