



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SETOR DE FARMACOVIGILÂNCIA

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS AOS MEDICAMENTOS
USO HOSPITALAR

UNIDADE _____ SERVIÇO _____ N° . PRONTUÁRIO _____

N° . CVS-FVG _____

NOTIFICADOR _____

FUNÇÃO _____ DATA DA NOTIFICAÇÃO __/__/____ INICIAL COMPLEMENTAR

NOME DO PACIENTE _____

IDADE _____ SEXO _____ PESO _____ ALTURA _____ COR _____

DATA DE INTERNAÇÃO __/__/____

DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO _____ CID _____

HISTÓRIA PREGRESSA RESUMIDA DA DOENÇA ATUAL

ANTECEDENTES PESSOAIS

SIM NÃO

SIM NÃO

INTERNAÇÕES ANTERIORES			HEPATOPATIA		
TABAGISMO			DIABETES		
ETILISMO			ALERGIAS		
CARDIOPATIA			NEFROPATIA		
HIPERTENSÃO			OUTRAS		

DESCRIÇÃO

EVENTO(S) ADVERSO(S)

EVENTO	INÍCIO	TÉRMINO	EVOLUÇÃO	WHO-ART	ALGORITMO

DESCRIÇÃO DO EVENTO ADVERSO

MEDICAMENTOS SUSPEITOS

NOME	INDICAÇÃO	DOSE PRESCRITA VIA	DOSE TOTAL ADMINISTRADA	INÍCIO DA ADMINISTRAÇÃO	FINAL DA ADMINISTRAÇÃO

MEDICAMENTOS CONCOMITANTES

NOME	INDICAÇÃO	DOSE PRESCRITA VIA	DOSE TOTAL ADMINISTRADA	INÍCIO DA ADMINISTRAÇÃO	FINAL DA ADMINISTRAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

EXAME	DATA	RESULTADO

CONDUTAS SUGERIDAS - FARMACOVIGILÂNCIA

DATA DA PRÓXIMA AVALIAÇÃO ____/____/____

NOME _____
FUNÇÃO _____

DATA DA VISITA ____/____/____ **DATA DO ENVIO AO CVS-SP** ____/____/____