



GE Healthcare do Brasil

Departamento de Farmacovigilância
Av. Magalhães de Castro, 4800 -
Cidade Jardim Corporate Center
Continental Tower
São Paulo/SP, 05676-120 - Brasil
General Electric Company
0800 122 345
eventos.adversos@ge.com

Formulário de Notificação de Evento Adverso

CONFIDENCIAL

Informação protegida é tratada como confidencial e recolhida para relato de eventos adversos em nível mundial, conforme o requerido pela regulamentação internacional de segurança de medicamentos.

Informação pessoal será tornada anônima ou removida de relatórios individuais de dados de segurança.

Data de Envio do Formulário (dd/mm/aaaa):

Número de registro local
(preenchimento pela GE Healthcare)

Informações do notificador

Nome Completo do relator:

Hospital / Serviço:

Título / Especialidade:

Nº de Registro no Conselho / Estado:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Telefone / Ramal:

E-mail:

Informações do Produto suspeito

Produto Suspeito:

Lote nº:

Forma Farmacêutica:

Data de validade do produto:

Data de início de uso do
medicamento (dd/mm/aaaa):

Data de término de uso do
medicamento (dd/mm/aaaa):

Tempo de
administração:

Modo de
administração:

Via de administração:

Outras:

Dose administrada:

Tipo de exame/procedimento realizado:

Indicação para o exame:

Informações do Evento Adverso

Relato do caso detalhado:

(Data e hora de início dos sintomas / Tempo após a administração / Duração / Data de término da reação):

Gravidade do evento:

Resultado do evento adverso:

Relação com o medicamento suspeito:

Tratamento e evolução do evento adverso:

(Medicação para o tratamento, indicação, data de início e término do uso e via de administração):

Exames laboratoriais ou informações relevantes de outros exames realizados

(Nome do exame / Data / Conclusão do exame / Valores de referência):

Informações do paciente

Iniciais do nome do paciente:

Sexo:

Grávida:

Sim

Não

Altura (cm):

Peso (kg):

Etnia:

Data nascimento /idade:

Medicamentos concomitantes

(Nome do medicamento / Posologia / Via de administração/ Data de Início e fim da terapia /Indicação) :

Condições clínicas / Histórico médico relevante:

(incluindo histórico de alcoolismo, tabagismo, informações adicionais / Comorbidades):

Fatores de risco específicos:

Alergias: Sim Não

Asma: Sim Não

Desidratação: Sim Não

Insuficiência Renal: Sim Não

Paciente estava hospitalizado(a):

Sim	Não	Desconhecido	Não aplicável
-----	-----	--------------	---------------

Em decorrência do Evento Adverso

Necessitou internação:

Sim	Não	Desconhecido	Não aplicável
-----	-----	--------------	---------------

Prolongou internação:

Sim	Não	Desconhecido	Não aplicável
-----	-----	--------------	---------------

Houve risco de morte:

Sim	Não	Desconhecido	Não aplicável
-----	-----	--------------	---------------

A reação desapareceu/melhorou com a retirada do medicamento:

Sim	Não	Desconhecido	Não aplicável
-----	-----	--------------	---------------

A reação desapareceu/melhorou com ajuste de dose:

Sim	Não	Desconhecido	Não aplicável
-----	-----	--------------	---------------

O evento reapareceu após re-introdução do medicamento:

Sim	Não	Desconhecido	Não aplicável
-----	-----	--------------	---------------

Resultou em incapacidade significativa ou persistente?

Sim	Não	Desconhecido	Não aplicável
-----	-----	--------------	---------------

Resultou em anomalia congênita?

Sim	Não	Desconhecido	Não aplicável
-----	-----	--------------	---------------

Comentários ou outras informações relevantes

Formulário preenchido por:

Por favor, envie para: Departamento de Farmacovigilância
0800 122 345
e-mail: eventos.adversos@ge.com