|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Dados do paciente** | | | | | | | | | | | | |
| Nome ou Iniciais: | | | | | | | | | | Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | | |
| Peso: | | | Altura: | | | | | | | Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino | | |
| Nome da clínica/hospital: | | | | | | | | | | Data do uso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | | |
| **2. Dados do radiofármaco** | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | Lote: | | |
| Via de administração: | | | | | | | | | | Atividade: | | |
| Finalidade diagnóstica: | | | | | | | | | | | | |
| **3. Descrição do evento adverso** (incluir dados laboratoriais relevantes): | | | | | | | | | | | | |
| Data do início da reação: | | | | | | | Data do fim da reação: | | | | | |
| **4. Medicamentos concomitantes** | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | Dose | | | Via adm. | | | Início uso | | | Fim uso | Motivo do uso |
|  | |  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| Doença concomitante? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | | | |
| Qual? | | | | | | | | | | | | |
| Reação prévia ao medicamento? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | | | |
| Qual? | | | | | | | | | | | | |
| **5. Conduta e evolução do caso** | | | | | | | | | | | | |
| Recuperação? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe | | | | | | | | | | | | |
| Sequela? ( ) Sim ( ) Não | | | | Qual? | | | | | | | | |
| Óbito? ( ) Sim ( ) Não | | | | Causa *mortis*: | | | | | | | | |
| Necessitou internação? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | Prolongou internação? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | |
| Recebeu tratamento específico? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | Qual? | | | |
| Houve reexposição? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | A reação reapareceu? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | |
| **6. Dados do notificador** | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | Categoria profissional: | | | | | | |
| Local de trabalho: | | | | | | N° Conselho profissional: | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | | | | | |
| Telefone: | E-mail: | | | | | | | | | Data da Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | | |