|  |
| --- |
| **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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |