

1. DOENTE**IDADE** (anos)*:**SEXO***: Homem

PESO (kg) Se for doente

DATA DE NASCIMENTO (dia/mês/ano): Mulher

pediátrico:

2. INFORMADOR/FONTE PRINCIPAL* **MÉDICO** **OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE** **CONSUMIDOR** (DOENTE/FAMILIAR/etc.)

Indique permissão para entrar em contato com o médico / paciente e / ou família, etc. (veja abaixo Condições de uso e Declaração de privacidade):

 Sim. Digite as informações de contato (email / telefone): Não**3. MEDICAMENTO SUSPEITO****NOME E COMPOSIÇÃO***:**REFERÊNCIA/LOTE E VALIDADE**:**TIPO DE TRATAMENTO**: Início. Especificar: Manutenção N/A (Medicamentos para Clúster/Rush

Diagnóstico)

 Convencional**INDICAÇÃO** *: **ALERGIA**. Especificar: Infecção recorrente por. **DIAGNÓSTICO**. Especificar: Rinite/RC

Especificar:

 Alergia Asma Trato Respiratório Hiperreatividade brônquica Outro. Especificar: Tratos Urinários Hipersensibilidade aos

antibióticos

DATA DE INÍCIO (dia/mês/ano):**DATA DA ÚLTIMA DOSE ANTES DA SRA** * (dia/mês/ano):**VOLUME*** (ml/ pulsação) **E FRASCO*** associado a SRA:**4. SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA (SRA)****TERMO DA/S SRA** (Diagnóstico de acordo com os sinais e sintomas):**DATA DE INÍCIO**(dia/mês/ano):Especificar: **IMEDIATA** (<30min) **TARDIA** (≥ 30 min)**DESCRIÇÃO***: **DESCRIÇÃO**: Descrição detalhada da SRA, evolução clínica, sinais e sintomas apresentados, medidas terapêuticas e procedimentos/testes de laboratório relevantes (incl. unidades e valores normais). Indicar hospitalizações com < 24 h.***Dados obrigatórios.****** A preencher pelo Departamento de Farmacovigilância, Diater.**

Os dados de identificação pessoal, de contacto e de saúde, fornecidos pelo interessado, bem como os outros fornecidos por terceiros notificadores, serão processados por Diater Laboratorio de Diagnóstico y Aplicaciones Terapéuticas, S.A. (doravante DIATER), para gerenciar as comunicações de reações adversas, seu monitoramento e notificação, e para gerenciar e investigar as comunicações de incidentes de qualidade e eficácia de medicamentos ou produtos de saúde DIATER. Você pode exercer seus direitos entrando em contato com dpogruppo@grupodiater.com. Se desejar obter mais informações sobre o processamento de seus dados, consulte nossa Política de Privacidade em www.diater.com.

4. SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA (SRA)
RELAÇÃO COM O MEDICAMENTO SUSPEITO*
 Relacionado Não Relacionado Desconhecido

CRITÉRIO DE GRAVIDADE *:

- Não grave
- Morte
- Ameaça para a vida
- Hospitalização (>24h) / prolongamento da hospitalização (dia/mês/ano):
- Invalidez/incapacidade permanente
- Anomalia/malformação congénita
- Importância médica (coloquem em risco o doente ou requerem uma intervenção para prevenir algum dos desfechos anteriores)
- Suspeita de transmissão de um agente infeccioso
- Falta de eficácia (em doentes respondedores após período de imunoterapia recomendado de acordo com a OMS)

DESENLACE*:

- Recuperação (dia/mês/ano): Recuperação com sequelas (dia/mês/ano):
- Não recuperado (persistência, melhoria,...) Desconhecido
- Fatal. Especificar:
 - Causa da morte:
 - Causalidade tratamento da DIATER:
 - Relatório de autópsia/ post-mortem:

AÇÃO TOMADA COM A MEDICAÇÃO EM RESPOSTA À SRA:

- Sem alterações Desconhecido
- Modificação da dose/frasco. Especificar:
 - Data da próxima dose (dia/mês/ano):
 - Próximo volume (ml/ pulsação) e frasco:
- Suspensão temporária (dia/mês/ano): Suspensão Definitiva (dia/mês/ano):

A PREENCHER SOMENTE PELA FARMACOVIGILÂNCIA DO DIATER
Data da comunicação:

(Inicial (Día 0) / FU)

(dia/mês/ano)

Data de receção:

(Inicial / FU)

(dia/mês/ano)

Informações de:

- Autoridade Internet/mídia digital Literatura
- Estudos Outro:

Informação interna

- Hospital/C. Saúde CCAA: Localização /C.P.:
- Código INE: Código INE:
- Situação especial. Especificar: Outro. Especificar:

 Concordo com os Termos de Uso e li a Declaração de Privacidade (Consulte a Pagina 1 de 2)

 Enviar para
DIATER