



FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE RECLAMAÇÃO DE MATERIAIS/MEDICAMENTOS		
Núcleo de Gestão de Segurança e de Risco do Paciente		
Código: ADT-NSRP-FOR-1	Revisão: 2	Revisado em: 18/10/2019

Tecnovigilância ()	Farmacovigilância ()	Hemovigilância ()	Saneantes ()
---------------------	-----------------------	--------------------	---------------

Após preenchimento, o formulário deverá ser encaminhado ao Núcleo de Gestão de Segurança e de Risco do Paciente (Ramal 1681).

Local de Ocorrência:		Data: / /
Produto Envolvido:		
Fabricante:		
Modelo:		Nº de Série/Lote:
Data de Fabricação: / /	Data de Vencimento: / /	
Nº do Registro no M.S.:		
Código Operacional (Almoxarifado):		
Quantidade do(s) produto(s) com problema?		
A amostra que está sendo encaminhada se encontra? () Limpa () Contaminada		
Descrição da ocorrência: queixa técnica, reação adversa a medicamento, falha terapêutica, incidente transfusional, desvio de qualidade, eventos adversos, etc.. <input checked="checked" type="checkbox"/> Anexar documentos pertinentes à reclamação (rótulo/embalagem, cópia de parte do prontuário, fotos, etc.).		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
_____ Notificador / Carimbo	_____ Chefia Setor / Carimbo	_____ Chefia Unidade / Carimbo

Avaliação do Núcleo de Gestão de Segurança e de Risco do Paciente – HCFAMEMA	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Data: ____ / ____ / ____	Assinatura / Carimbo: _____