

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..

✓ Anexar documentos pertinentes à reclamação (rótulo/embalagem, cópia de parte do prontuário, fotos, etc.).

Notificador / Carimbo Chefia Setor / Carimbo Chefia Unidade / Carimbo

Avaliação do Núcleo de Gestão de Segurança e de Risco do Paciente – HCFAMEMA

Data: ____/____/____ Assinatura / Carimbo: _____