

<b>1. DADOS DO PACIENTE</b>					
Nome ou Iniciais:				Data de nascimento:	
Peso:		Altura:		Sexo: ( ) Fem ( ) Masc	
<b>2. DADOS DO RADIOFÁRMACO SUSPEITO</b>					
Nome:		Fabricante:		Lote:	
Nome da clínica ou hospital:			Data do uso:		
Paciente internado ( ) Sim ( ) Não					
Via de adm.:		Atividade:		Finalidade: ( ) Terapia ( ) Diagnóstico	
<b>3. DESCRIÇÃO DA REAÇÃO ADVERSA</b> (Incluir dados laboratoriais relevantes)					
Data do início da reação:			Data do fim da reação:		
<b>4. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES</b>					
Nome	Dose	Via de adm.	Início do uso	Fim do uso	Motivo do uso
Doença concomitante ou reação prévia ao medicamento? ( ) Sim ( ) Não					
Qual?					
<b>5. CONDUTA E EVOLUÇÃO DO CASO</b>					
Recuperação? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe					
Sequela? ( ) Sim ( ) Não		Qual?			
Óbito? ( ) Sim ( ) Não		Causa <i>mortis</i> :			
Necessitou internação: ( ) Sim ( ) Não			Prolongou internação? ( ) Sim ( ) Não		
Recebeu tratamento específico: ( ) Sim ( ) Não			Qual?		
O radiofármaco foi suspenso? ( ) Sim ( ) Não			Houve melhora? ( ) Sim ( ) Não		
Houve reexposição? ( ) Sim ( ) Não			A reação reapareceu? ( ) Sim ( ) Não		
<b>6. DADOS DO NOTIFICADOR</b>					
Nome:			Categoria profissional:		
Local de trabalho:			Nº Conselho profissional:		
Endereço:					
Telefone:			E-mail:		
Data da Notificação: ____/____/____			Notificação de seguimento: Sim ( ) Não ( )		