

Formulário de Notificação de Reações Adversas a Fitoterápicos e Plantas Medicinais

Se há suspeita que alguma reação adversa pode estar relacionada a um Fitoterápico ou a uma Planta Medicinal, por favor preencha este formulário.

Informações sobre o paciente

Iniciais do Paciente: _____ Idade: _____
Peso (se conhecido): _____ Sexo: Masculino [] Feminino []

Informações sobre a Reação Adversa suspeita

Data da Reação Adversa: __/__/____
Duração da Reação adversa: [] Imediata [] Minutos [] Horas [] Dias
Descreva a reação adversa (sinais e sintomas):

- [] Necessitou de internação
- [] Alterou-se a posologia
- [] Continuou com a medicação
- [] Houve um tratamento específico:

Evolução da reação:

- [] Ainda não recuperado [] Risco de Morte [] Anomalia Congênita [] Carcinogênico [] Desconhecida

Recuperação do paciente:

- [] Ocorreu [] Ocorreu, mas com seqüela [] Não ocorreu

Retirada da Medicação:

- [] Houve melhora [] Não houve melhora [] Desconhecido

Reexposição ao Fitoterápico ou a Planta Medicinal:

- [] Recorrência da reação [] Sem Recorrência [] Reintrodução não efetuada [] Desconhecido

Identificação da Planta Medicinal Utilizada

Nome Popular (Nome vulgar): _____

Nome Científico: _____

Parte utilizada da planta: _____

Como a planta foi utilizada (Posologia, descreva o modo de preparo, a frequência e o tempo de uso).

Descrição breve da planta:

Descrição complementar:

Escolha qual parte da planta irá descrever:

- [] Folhas [] Caule/Casca [] Raiz/Casca [] Flor [] Fruto/Semente

Textura:

- [] Lisa [] Aveludada [] Rugosa [] Com espinhos [] Áspera

Odor:

- [] Agradável [] Desagradável [] Comum [] Ausente

Cor:

- **Para folhas:**
[] Verde intenso [] Verde claro [] Amarelado [] Marrom [] Outra
- **Para Caule/Casca:**
[] Verde intenso [] Verde claro [] Amarelado [] Outra
- **Para Raiz/Casca:**

[] Verde claro [] Amarelado [] Tons de marrom ou castanho [] Outra

• **Para Flor:**

[] Amarela [] Vermelha [] Roxa [] Laranja [] Bordô [] Azul [] Branca [] Rosa
[] Outra

• **Para Fruto/Semente**

[] Verde [] Amarelada [] Roxa [] Alaranjada [] Marrom [] Outra

Aparência:

[] Ótima [] Boa [] Ruim [] Embolorada

Observações:

Identificação do Fitoterápico Utilizado

Nome

Comercial: _____

Princípio

Ativo: _____

Posologia (Concentração, via de administração, frequência e tempo de uso)

Forma Farmacêutica:

[] Comprimido [] Cápsula [] Pomada [] Tintura [] Geléia [] Óleo [] Solução
[] In Natura [] Gel [] Creme [] Supositório

Laboratório ou Farmácia de

Manipulação: _____

Número do lote _____

Número de Registro: _____

Medicamentos Concomitantes e Histórico Clínico

Medicamento	Princípio Ativo	Posologia	Data
-------------	-----------------	-----------	------

Outros dados relevantes (outros diagnósticos, gravidez, alergias, etc)

Os medicamentos foram suspensos? [] sim [] não

Data da última ingestão dos medicamentos: __/__/__

SIT (Suspeita de Inefetividade Terapêutica)

- Medicamentos utilizados concomitantemente (alopáticos ou fitoterápicos)

Medicamento	Posologia	Lote	Prazo de Validade
-------------	-----------	------	-------------------

Início do Tratamento: __/__/__

Término do Tratamento: __/__/__

Inefetividade: Parcial [] Total []

Dados do Notificador

Nome: _____

Categoria Profissional:

[] Médico [] Enfermeiro [] Farmacêutico [] Dentista [] Outro _____

Número de inscrição no conselho: _____ **UF:** _____

E-mail: _____

Telefone: _____