FORMULÁRIO		
NOTIFICAÇÃO DE QUEIXA TÉCNICA OU REAÇÃO ADVERSA A PRODUTO DE SAÚDE	**CÓDIGO:** **FP.FAR.006**	**REVISÃO: 00** **PÁGINA:1/1**

SETOR NOTIFICANTE:		**RAMAL:**	
REAÇÃO ADVERSA A PRODUTO DE SAÚDE – DADOS DO PACIENTE			
NOME COMPLETO DO PACIENTE:			
NÚMERO DE REGISTRO:		SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO	
IDADE:			
QUEIXA TÉCNICA – DADOS DO PRODUTO			
PRODUTO:			
FABRICANTE:		MODELO OU REFERÊNCIA:	
N° DO REGISTRO MS:	N° DE LOTE:	DATA DE VALIDADE:	
CÓDIGO DO PRODUTO NO SISTEMA:		ALTERAÇÃO NO PRODUTO? ( ) SIM ( ) NÃO	
TIPO DE PRODUTO: ( ) ESTOQUE ( ) EQUIPAMENTO		LOCAL DE AMOSTRA: ( ) CAF ( ) ALMOXARIFADO ( ) FARMÁCIA	
DADOS DO EVENTO			
DATA DO EVENTO:	HORA: INÍCIO____:____ TÉRMINO:____:____		
DESCRIÇÃO DO EVENTO			
NOTIFICADOR:	**ASSINATURA NOTIFICADOR:**	**DATA:**	**GERÊNCIA DE RISCO:** **N° DA INVESTIGAÇÃO:_____** **N° ANVISA:_____**