



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E FARMACOVIGILÂNCIA DO BENZONIDAZOL

Dados do Paciente

Nome Civil: _____
Nome Social: _____
Município de residência: _____ UF _____ Tel: () _____ - _____
Data de nascimento ____ / ____ / ____ Idade _____
Sexo ao Nascimento: () M () F () Intersexo
Raça-cor: () Preta () Parda () Branca () Amarela () Ignorado
Peso (kg) _____ Está Gestante? () Sim, Idade Gestacional ____ () Não () Não se aplica.

**Medicamentos que o paciente faz uso (prescrito ou não). Cite os suspeitos em 1º lugar.
Não mencione os usados para tratamento da reação.**

Nome comercial ou genérico	Dose diária	Via de administração	Data início de uso	Motivo do uso	Lote	Fabricante

Antecedentes Pessoais	Sim	Não		Sim	Não
Internações	☐	☐	Hepatopatia	☐	☐
Tabagismo	☐	☐	Diabetes	☐	☐
Etilismo	☐	☐	Nefropatia	☐	☐
Cardiopatias	☐	☐	Reação Adversa Prévia	☐	☐
Hipertensão	☐	☐		☐	☐
Outras: _____					

Reação Adversa

Descrição da Reação

Data de início: ____/____/____. Data de fim: ____/____/____.



História Clínica Resumida

Desfecho da reação:

Conduta

- () Suspensão do Medicamento
- () Redução da Dose. Especificar: _____
- () Suspensão do medicamento **concomitante** com outros medicamentos em uso (em caso afirmativo, citar qual): _____
- () Não necessitou de tratamento medicamentoso da reação adversa ao medicamento.
Especificar: _____
- () Outra. Especificar: _____

Evolução

- () Recuperado
- () Reação Inalterada
- () Reação em resolução
- () Reação Piorando, Morte Desconhecida, Sequelas, quais _____

Identificação do Notificador

Unidade de Saúde: _____ CNES _____

Município: _____ UF: _____

Função: _____

Nome do Notificador: _____

Telefone () _____ E-mail: _____

Núcleo Regional de Saúde: _____

Data de envio da notificação: ____ / ____ / ____