



Implantação: 08/2016

Revisão nº02 – 04/2019

Próxima revisão: 04/2021

Página 1 de 2

Notificador: _____ Data: ____/____/____ Hora ____:____
Setor: _____ Data da Ocorrência: ____/____/____ ID/Nº Internação: _____

Descrição do Evento / Queixa Técnica / Quase Erro**Identificação do Material / Medicamento / Equipamento**
(anexe o produto a notificação)

Descrição:

Código:

Fabricante:

MS nº:

Nº de série / Lote:

Validade:

Amostra anexada () Sim () Não

Em casos de notificações de Farmacovigilância e Tecnovigilância haverá obrigatoriedade da identificação do notificador.

Deposite a Ficha na caixa da Comissão de Gerenciamento de Risco ou entregue a sua Chefia.



Implantação: 08/2016

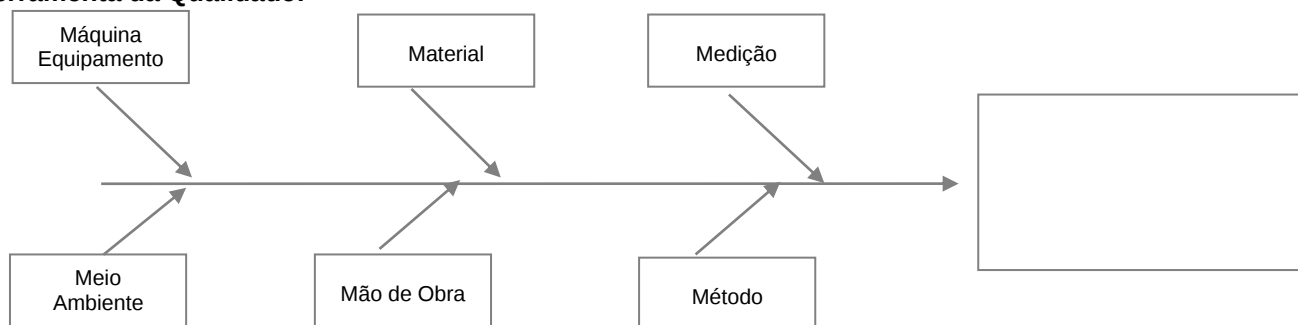
Revisão nº02 – 04/2019

Próxima revisão: 04/2021

Página 2 de 2

Investigação (preenchimento da área)**Descrição:**

☐	Farmacovigilância	☐	Tecnovigilância	☐	Evento Adverso	☐	Quase Erro
Grau do Evento	() 1	() 2	() 3	() 4	Processo	()	

Ferramenta da Qualidade:**Causa Raiz:****Ação de Efetividade:** () Plano de Ação () Processo () Documento () Outros**Subcomissão de Gerenciamento de Risco****Controle****Tabulação dos Dados****Retorno ao Notificador**

Nº:

Data: / / Por:

Data: / / Por: