



REGISTO DE RECLAMAÇÃO / FARMACOVIGILÂNCIA

Elementos a reunir, junto do profissional de saúde, sempre que for reportada uma situação de não conformidade de produto, eventualmente relacionada com a qualidade, segurança e eficácia do mesmo:

Identificação do Produto

Nome do produto: _____
Substância activa (DCI): _____
Forma Farmacêutica: _____ Dosagem: _____
N.º de Lote: _____ Validade: _____ / _____ Início Administração: _____

Identificação da Entidade Reclamante

Nome da Farmácia: _____ Pessoa de contacto _____
Dir. Técnico: _____ E.Mail _____
Endereço: _____
Telefone: _____ Fax.: _____ TLM _____

Identificação do doente

Nome: _____ Tel. _____

Detalhes da Reclamação /RAM

Descrição detalhada da situação reportada: _____

A embalagem reclamada foi recolhida: Sim _____ Não _____
Foi efectuada reposição da embalagem reclamada: Sim _____ Não _____

Identificação do DIM

Rubrica: _____ Data: _____

Comentários : _____

Nota : Sempre que possível, anexar amostra/embalagem