

Paciente

Iniciais ou nome

Sexo

Idade

Telefone de contato

Em caso de gravidez, indique o tempo de gestação

Paciente possui alguma doença? Se sim, qual?

Produto Diffucap Chemobras

Nome do produto

Lote

Validade

Via de administração

Por qual motivo está usando?

Foi prescrito pelo médico?

Como é utilizado (quantidade / quantas vezes ao dia)?

Início do tratamento

Término do tratamento (se estiver utilizando ainda, deixar em branco):

Evento Adverso

Descreva aqui o histórico do ocorrido

Eventos adversos (EA) que apresentou

Data de início

Os eventos adversos foram tratados?

Suspendeu o uso do evento adverso?

Procurou ajuda médica?

Paciente faz uso de outros medicamentos? Se sim, qual?

Relator *(Só preencher este campo se for profissional de saúde)*

Nome

E-mail

Telefone de contato

Está vinculado a alguma Instituição de saúde e hospital?