**NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO** |
| Nome do Projeto: |
| CAAE/Número do Parecer: |
| Pesquisador Responsável: |

|  |
| --- |
| **EVENTO ADVERSO** |
| Local da ocorrência de evento adverso.  Nome do Local  Endereço  CEP |
| Data do Evento: |

|  |
| --- |
| **SUMÁRIO DO EVENTO** |
| Iniciais do Individuo: |
| Idade: |
| Descrição do evento  Fármaco  Dose  Via da administração  Tempo de utilização  Descreva o evento: |
| Consequência do evento: Morte, Risco, Hospitalização, Invalidez, Deficiência, Anomalia, tratamento médico |
| Descreva a relação de causalidade: |
| O Evento Adverso representa riscos para os demais participantes de pesquisa? Justifique: |
| Após o Evento a pesquisa foi suspensa? |
| Providências tomada para o Evento Adverso: |
| Necessidade de informar os demais participantes da pesquisa? Justifique: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador.