



FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE DESVIOS DE QUALIDADE E OCORRÊNCIAS INDESEJADAS RELACIONADAS A PRODUTOS SANEANTES DOMISSANITÁRIOS



A. Dados Gerais

1. Origem da Notificação: <input type="checkbox"/> Estabelecimento de Saúde <input type="checkbox"/> Indústria/Comércio <input type="checkbox"/> Escola/Creche <input type="checkbox"/> Usuário domiciliar <input type="checkbox"/> Ambiente Externo <input type="checkbox"/> Outros Nome: _____	2. Endereço: _____ _____ _____
3. Data de Notificação: ____/____/____	4. Notificado por: <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Via Postal <input type="checkbox"/> Fax

B. Dados do Produto

5. Nome do Produto ou Marca: _____	
6. Forma Física: _____	7. Teor (Só para Álcool) <input type="text"/> INPM
8. Versão do Produto (Aroma/Cor): _____	9. <input type="checkbox"/> Produto Importado
10. Categoria do Produto: <input type="checkbox"/> Produto Biológico <input type="checkbox"/> Inseticida <input type="checkbox"/> Repelente <input type="checkbox"/> Removedor <input type="checkbox"/> Saponáceo <input type="checkbox"/> Neutralizador de Odor <input type="checkbox"/> Água Sanitária <input type="checkbox"/> Desinfetante <input type="checkbox"/> Esterilizante <input type="checkbox"/> Raticida <input type="checkbox"/> Desentupidor <input type="checkbox"/> Limpa Vidros <input type="checkbox"/> Polidor de Metais <input type="checkbox"/> Alvejante <input type="checkbox"/> Detergente <input type="checkbox"/> Desodorizante <input type="checkbox"/> Lustra Móveis <input type="checkbox"/> Limpador Multiuso <input type="checkbox"/> Amaciante de Roupas <input type="checkbox"/> Limpa Forno <input type="checkbox"/> Cera <input type="checkbox"/> Sabão Outros <input type="text"/>	
11. Destinação de Uso: _____	
12. Conteúdo Líquido: <input type="text"/>	
13. Registro no Ministério da Saúde (ANVISA/MS): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não Consta
14. Fabricado em ____/____/____	<input type="checkbox"/> Não Consta
15. Lote: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não Consta
16. Validade: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não Consta
17. Informações Adicionais sobre o Produto: <input type="text"/>	

C. Dados do Fabricante ou Importador

18. Razão Social/Nome: _____	
19. CNPJ: <input type="text"/>	20. Autorização de Funcionamento: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não Consta
21. Endereço: _____	
22. Município: _____	23. UF <input type="text"/>

D. Evento

24. <input type="checkbox"/> Desvio de qualidade	25. <input type="checkbox"/> Acidente decorrente do uso envolvendo trabalhador de saúde
26. <input type="checkbox"/> Acidente decorrente do uso envolvendo usuário domiciliar	27. <input type="checkbox"/> Acidente decorrente do uso envolvendo trabalhador da indústria ou comércio
28. <input type="checkbox"/> Sintomas e sinais relacionados ao uso	29. <input type="checkbox"/> Outros
30. No caso de acidente informe o número de acidentados: <input type="text"/>	
31. Faixa Etária/Idade (s) dos acidentados: <input type="text"/>	
32. Sexo dos acidentados: <input type="text"/>	
33. Ocorreram queimaduras: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
34. Dados Pessoais do(s) Acidentado(s) Nome: _____ Ocupação: _____ Gestante <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não se Aplica Endereço: _____ Município: _____ UF _____	

Nome: _____ Ocupação _____ Gestante SIM NÃO Não se Aplica

Endereço: _____

Município: _____ UF _____

35. Descrição do caso:

36. Data da ocorrência _____ / _____ / _____

ATENÇÃO! Caso hajam sinais de intoxicação procurar imediatamente Unidade de Saúde Geral ou Centro de Intoxicações.
Caso hajam mais pessoas acidentadas informar em impresso anexo.

E. Unidade de Queimado

37. Partes do Corpo Atingidas:

38. Área Corporal Atingida (%):

39. Grau da Queimadura:

F. Acidente / Sintomas e Sinais Relacionados ao Uso

40. Caracterização do Acidente:
 Acidente Individual Acidente Coletivo Acidente Ambiental Acidente Ocupacional

41. Se Ocupacional foi emitida a CAT?
 SIM NÃO Não se Aplica Ignorado

Caracterização da Exposição:

42. Via de Exposição (até 3):
 Ocular Oral Cutânea Nasal Respiratória Ignorada Outros

43. Tipo de Exposição:
 Aguda – Única Aguda Repetida Crônica Aguda Sobre Crônica Ignorada

44. Duração da Exposição [____] [____]

45. Tempo Decorrido da Exposição [____] [____]
 Nota: (N) Minutos (H) Horas (D) Dias (M) Meses (A) Anos

46. Exposição à Dose de _____ do Agente Tóxico(em mg / kg / ml / l) Ignorada

G. Dados Complementares

47. Confirmação Laboratorial:
 SIM NÃO Não Se Aplica Ignorada

48. Manifestação Clínica:
 SIM NÃO Ignorada

49. Internação:
 SIM NÃO Ignorada Por _____ dia (s)

50. Diagnóstico Definitivo CID-10 (por extenso): _____

51. Código do CID: [____]

H. Manifestações Clínicas

Dermatológicas Neuropsíquicas Hemorrágicas

Sistema Respiratório Sistema Cardiovascular Sistema Digestivo

Sistema Genitourinário Outros

I. Evolução Clínica

Cura Óbito Óbito por Outra Causa Ignorada

Cura não confirmada Sequela Outro

Descreva: _____

NOME LEGÍVEL DO NOTIFICANTE

ASSINATURA

CARGO/FUNÇÃO
(Se couber)