



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



**A. Dados Gerais**

<b>1. Origem da Notificação:</b> <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: _____	<b>2. Endereço:</b> _____ _____ _____
<b>3. Data de Notificação:</b> ____/____/____	<b>4. Notificado por:</b> <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Via Postal <input type="checkbox"/> Fax

**B. Dados do Produto**

<b>5. Nome do Produto ou Marca:</b> _____	
<b>6. Forma Física:</b> _____	<b>7. Teor (Só para Álcool)</b> <input type="text"/> INPM
<b>8. Versão do Produto (Aroma/Cor):</b> _____	<b>9.</b> <input type="checkbox"/> Produto Importado
<b>10. Categoria do Produto:</b> <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"/>	
<b>11. Destinação de Uso:</b> _____	
<b>12. Conteúdo Líquido:</b> <input type="text"/>	
<b>13. Registro no Ministério da Saúde (ANVISA/MS):</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não Consta
<b>14. Fabricado em</b> ____/____/____	<input type="checkbox"/> Não Consta
<b>15. Lote:</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não Consta
<b>16. Validade:</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não Consta
<b>17. Informações Adicionais sobre o Produto:</b> <input type="text"/>	

**C. Dados do Fabricante ou Importador**

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

**D. Evento**

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