



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE QT - QUEIXA TÉCNICA (ou Suspeita de Desvio de Qualidade)

Unidade de Saúde:				
e-mail:				
Localidade (ST/CRS):				
Telefone:				
Iniciais do Paciente:	Idade:	Sexo:	Gestante?	
			Sim () Não ()	
Endereço Residencial do Paciente:				
Telefone do Paciente:				
Produto com Problema:				
Descrição do Problema:				
Falta de Efeito Terapêutico:			Apresentação:	
Fabricante:				
Número do Lote:				
Validade:				
Alteração:				
	Cor:		Rótulo:	
	Odor:		Embalagem:	
	Turbidez:		Falsificação:	
	Sabor:		Outros: (especificar)	
Nome do notificador:				
e-mail:				
Categoria profissional:				
Telefone/ Fax:			Data de Notificação:	