



Secretaria de  
Saúde



**SÃO PAULO**  
GOVERNO DO ESTADO

Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids  
Comitê de Ética em Pesquisa

## Ficha Modelo B

### Planilha Mensal de Eventos Adversos Sérios de Estudos Multicêntricos Ocorridos Extra CRT-DST/AIDS.

NOME DO PRODUTO EM ESTUDO:

---

---

NÚMERO DO ESTUDO: \_\_\_\_\_

NÚMERO NO CEP: \_\_\_\_\_

MÊS/ANO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Eventos Adversos Sérios

nº \_\_\_\_\_

Listar EAS Principal

Situação atual  
do evento\*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Posicionamento do Investigador Principal e informações sobre os Eventos relatados:

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**NOME DO INVESTIGADOR**

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**DATA**

**Obs: Mesmo não havendo informações à serem relatadas, enviar a ficha em branco até o 5º dia útil de cada mês.**

**\* Legenda: Situação Atual do Evento**

- **Resolvido; em Andamento; Morte; Ignorado**