

Editorial



Nesta edição do boletim “FARMACOVIGILÂNCIA: Atualizações de segurança de medicamentos” informa-se sobre os riscos associados ao tratamento com pomalidomida, hidroxizina, epoetina beta, sofosbuvir em associação com daclatasvir, ledipasvir/sofosbuvir e sobre a utilização restrita de codeína em crianças. São ainda apresentadas, as atividades científicas e os resultados das atividades da Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC) referentes ao segundo trimestre de 2015.

Nesta edição:

Notas de segurança	2
Alertas de Segurança	6
Encontro Regional de Farmacovigilância	6
Atividade científica da UFC	7
Resultados da atividade da UFC	9
Q&A	10

Pontos de especial interesse:

- ◆ Pomalidomida (Imnovid® ▼): risco de insuficiência cardíaca, doença pulmonar intersticial e hepatotoxicidade;
- ◆ Hidroxizina (Atarax®): risco de prolongamento do intervalo QT e indução de *Torsade de Pointes*;
- ◆ Epoetina beta (NeoRecormon®): risco acrescido de retinopatia em bebês prematuros;
- ◆ Sofosbuvir e daclatasvir; ledipasvir-sofosbuvir: risco de bradicardia severa e de bloqueio cardíaco, quando tomados concomitantemente com amiodarona;
- ◆ Codeína para tosse e constipação: uso restrito em crianças.

Notas de Segurança

Pomalidomida (Imnovid® ▼): risco de insuficiência cardíaca, doença pulmonar intersticial e hepatotoxicidade

Uma revisão de segurança conduzida pela MHRA (*Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency*), em conjunto com outras autoridades reguladoras de medicamentos da União Europeia, concluiu que a pomalidomida pode causar doença pulmonar intersticial, insuficiência cardíaca e hepatotoxicidade. Esta revisão baseou-se em dados de ensaios clínicos, notificações espontâneas decorrentes da prática clínica, e em casos publicados na literatura.^{1,2}

A pomalidomida em combinação com a dexametasona está autorizada no tratamento de adultos com mieloma múltiplo em recidiva e refractário, que tenham recebido pelo menos dois tratamentos prévios, incluindo lenalidomida e bortezomib, e que demonstraram progressão da doença na última terapêutica.

Doença Pulmonar Intersticial

A utilização de pomalidomida está associada ao desenvolvimento de doença pulmonar intersticial (DPI) e outros eventos relacionados, como pneumonite. A revisão concluiu que este efeito indesejável é frequente. O aparecimento de sintomas respiratórios dá-se geralmente durante os primeiros 6 meses de tratamento. Contudo, em alguns casos a DPI pode ter início 18 meses após se ter iniciado a pomalidomida. O tratamento da DPI consiste na administração de esteróides e na suspensão permanente da pomalidomida.

Insuficiência Cardíaca

A revisão concluiu que o desenvolvimento de insuficiência cardíaca é frequente. Na maioria dos casos, desenvolve-se nos 6 meses após o início do tratamento com pomalidomida e em doentes com doença cardíaca ou com fatores de risco cardiovasculares pré-existentes. A revisão de segurança concluiu ainda que a pomalidomida pode aumentar o risco de ocorrência de fibrilhação auricular, a qual pode precipitar uma insuficiência cardíaca.

Hepatotoxicidade

A pomalidomida é conhecida por causar elevação acentuada dos níveis de alanina aminotransferase e bilirrubina. A revisão de segurança identificou o desenvolvimento de hepatotoxicidade grave associada à pomalidomida, principalmente na forma de hepatite aguda. A hepatite foi considerada um efeito adverso pouco frequente. Adicionalmente, têm sido identificados casos de insuficiência hepática aguda, embora não tenha sido estabelecida uma relação causal com a pomalidomida. O risco de acontecimentos hepáticos graves é mais elevado durante os primeiros 6 meses de tratamento.

1. Veluswamy RR et al. 'Adverse drug reaction: pomalidomide-induced liver injury' *Lancet* 2014; 383 (9935): 2125-2126.

2. Pauff JM et al. 'Post-allograft pomalidomide and reversible hepatotoxicity' *Bone Marrow Transplantation* 2014; 49: 1341-1342.

Recomendações para o profissional de saúde:

- ◆ Utilize a pomalidomida com precaução em doentes com doença cardíaca ou com fatores de risco cardiovasculares pré-existentes. Caso seja utilizada, os doentes deverão ser monitorizados de modo a identificar sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca;
- ◆ Avalie cuidadosamente os doentes que apresentem sintomas pulmonares agudos ou um agravamento inexplicável destes sintomas, de modo a excluir a DPI; o tratamento deve ser interrompido durante a investigação destes sintomas. Caso se confirme o diagnóstico de DPI, deve iniciar-se o tratamento apropriado. O tratamento com pomalidomida só deverá ser retomado após uma avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios;
- ◆ Monitorize regularmente a função hepática durante os primeiros 6 meses de tratamento com pomalidomida, conforme recomendado.

Hidroxizina (Atarax®): risco de prolongamento do intervalo QT e indução de *Torsade de Pointes*

Nos adultos, a dose máxima diária de hidroxizina deve ser agora de 100 mg. Não deve ser prescrita hidroxizina a indivíduos com prolongamento do intervalo QT ou com fator de risco conhecido de prolongar o intervalo QT.

A hidroxizina é um anti-histamínico indicado no tratamento sintomático da ansiedade nos adultos e no tratamento sintomático do prurido nos adultos e crianças.

Foi conduzida uma revisão sobre a segurança e eficácia da hidroxizina por se suspeitar da ocorrência de arritmia cardíaca associada ao tratamento com este medicamento.

A revisão concluiu que a hidroxizina está associada a um pequeno risco de prolongamento do intervalo QT e indução de *Torsade de Pointes*. Estes eventos têm maior probabilidade de ocorrer em doentes que já apresentem fatores de risco conhecidos por prolongar o intervalo QT, tais como:

- ◆ Uso concomitante de fármacos conhecidos por prolongarem o intervalo QT e/ou induzir *Torsade de Pointes*;
- ◆ Doenças cardiovasculares;
- ◆ Antecedentes familiares de morte cardíaca súbita;
- ◆ Desequilíbrio eletrolítico significativo (hipocaliemia ou hipomagnese-mia);
- ◆ Bradicardia significativa.

Para informação adicional poderá consultar:

Aviso da Agência Europeia do Medicamento Março de 2015, disponível em: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/referrals/Hydroxyzine/human_referral_prac_000043.jsp&mid=WC0b01ac05805c516f.

Recomendações para o profissional de saúde:

- ◆ Quando da utilização de hidroxizina:
 - ◆ Não prescreva hidroxizina a indivíduos com prolongamento do intervalo QT ou com fatores de risco conhecidos por prolongar o intervalo QT;
 - ◆ A prescrição de hidroxizina aos idosos deve ser evitada – estes são mais suscetíveis aos efeitos indesejáveis deste medicamento do que os doentes mais jovens;
 - ◆ Considere os riscos de prolongamento do intervalo QT e indução de *Torsade de Pointes* antes de prescrever hidroxizina a doentes que tomem medicamentos que diminuam o ritmo cardíaco e os níveis de potássio;
 - ◆ Dose máxima diária: (deixa esta frase sublinhada)
 - ◆ 100 mg para os adultos;
 - ◆ 50 mg para os idosos (no caso da utilização de hidroxizina não poder ser evitada);
 - ◆ 2 mg/Kg de peso corporal/dia, nas crianças com peso até 40 Kg.
 - ◆ Prescreva a dose mínima eficaz pelo menor período de tempo possível.

Epoetina beta (NeoRecormon®): risco acrescido de retinopatia em bebês prematuros

O possível risco acrescido de retinopatia, em bebês prematuros, associado à utilização de epoetina beta, alerta para a consideração cuidadosa de opções terapêuticas para a prevenção da anemia em prematuros.

A epoetina beta (NeoRecormon®) está indicada na prevenção da anemia em prematuros, em recém-nascidos com um peso corporal compreendido entre 750 e 1500 g e uma idade gestacional inferior a 34 semanas. A epoetina beta é idêntica à eritropoetina, uma hormona que estimula a produção de glóbulos vermelhos.

Os bebês que nascem antes das 31 semanas de gestação, particularmente os que tenham um peso corporal inferior a 1250 g, apresentam um risco acrescido de desenvolver retinopatia.¹

Evidência da retinopatia provocada pela epoetina beta

Duas revisões sistemáticas da *Cochrane* avaliaram a efetividade da eritropoetina no tratamento da anemia em bebês prematuros ou com baixo peso à nascença. Numa dessas revisões sistemáticas, o tratamento iniciava-se aproximadamente 7 dias após o nascimento², enquanto na outra o tratamento iniciava-se entre o dia 8 e o dia 28 após o nascimento³. As revisões sistemáticas consideraram ainda os eventos adversos, incluindo retinopatia em prematuros.

No seu conjunto, as duas revisões sistemáticas indicam que a epoetina beta pode aumentar o risco subjacente de retinopatia em bebês prematuros.

O resumo das características do medicamento será alterado, de forma a incluir o possível risco de retinopatia. Ainda assim, é necessária informação adicional que permita tirar conclusões mais robustas acerca da utilização da eritropoetina e do risco de retinopatia em prematuros.

Os dados disponíveis indicaram que não se pode excluir a possibilidade do aumento de risco de retinopatia em bebês prematuros associada à utilização de epoetina.

1. Matthew MRK et al. 'Retinopathy of prematurity: are we screening too many babies?' *Eye* 2002; 16 (5): 538–542;

2. Ohlsson A, Aher SM. 'Early erythropoietin for preventing red blood cell transfusion in preterm and/or low birth weight infants' *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014: 4:CD004863;

3. Aher SM, Ohlsson A. 'Late erythropoietin for preventing red blood cell transfusion in preterm and/or low birth weight infants' *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014: 4:CD004868.

Recomendações para o profissional de saúde:

- ◆ Quando da utilização de epoetina beta para a prevenção da anemia em prematuros:
 - Considere os riscos e benefícios, incluindo o possível risco de retinopatia;
 - Monitorize os sinais de retinopatia no bebê;
 - Informe os pais e os prestadores de cuidados de saúde que os olhos do bebê devem ser cuidadosamente monitorizados para quaisquer efeitos nocivos.

Sofosbuvir e daclatasvir; ledipasvir-sofosbuvir: risco de bradicardia severa e de bloqueio cardíaco, quando tomados concomitantemente com amiodarona

Deve ser evitado o uso concomitante da amiodarona (Cordarone®) com ledipasvir-sofosbuvir (Harvoni®), e amiodarona com sofosbuvir (Sovaldi®) e daclatasvir (Daklinza®), a menos que não possam ser administrados outros medicamentos antiarrítmicos.

O sofosbuvir (Sovaldi®), o daclatasvir (Daklinza®) e a formulação de doses fixas ledipasvir-sofosbuvir (Harvoni®) são antivirais de ação direta indicados no tratamento da hepatite C. A amiodarona (Cordarone®) está indicada no tratamento de perturbações graves do ritmo cardíaco, que não tenham respondido a outros tratamentos ou quando outros tratamentos sejam contraindicados.

A segurança destes medicamentos foi objeto de uma revisão realizada pela MHRA (*Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency*), em conjunto com outras autoridades reguladoras europeias. Esta revisão de segurança avaliou 8 notificações espontâneas de bradicardia severa ou bloqueio cardíaco, em doentes tratados com amiodarona e a combinação de doses fixas ledipasvir-sofosbuvir, ou com sofosbuvir em combinação com daclatasvir. Seis dos casos ocorreram durante as primeiras 24 horas do tratamento antiviral. Os restantes 2 casos ocorreram entre o dia 2 e o dia 12 após o início do tratamento antiviral.

Para informação adicional poderá consultar:

Aviso da Agência Europeia do Medicamento Abril de 2015, disponível em: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2015/04/news_detail_002313.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1

Recomendações para o profissional de saúde:

- ◆ No tratamento de doentes com perturbações do ritmo cardíaco e com hepatite C:
 - Monitorize os doentes que tomam amiodarona se estes começarem a tomar a combinação de doses fixas ledipasvir-sofosbuvir, ou sofosbuvir em combinação com daclatasvir (particularmente durante as primeiras semanas de tratamento);
 - Nos doentes a tomar qualquer uma destas combinações antivirais, inicie tratamento com amiodarona apenas quando não forem tolerados ou forem contraindicados outros medicamentos antiarrítmicos; monitorize particularmente as primeiras semanas de tratamento;
 - Após iniciar a toma concomitante da amiodarona e dos antivirais, monitorize continuamente os doentes que apresentem um risco elevado de bradicardia, durante 48h.
 - Monitorize os doentes que tenham descontinuado o tratamento com amiodarona nos últimos meses e que necessitem de iniciar o tratamento com qualquer uma das combinações antivirais – isto deve-se ao longo tempo de meia-vida da amiodarona;
 - Os doentes que tomem amiodarona juntamente com qualquer combinação antiviral devem estar atentos aos sinais e sintomas de bradicardia e bloqueio cardíaco e a procurarem ajuda médica imediata se experimentarem dispneia, tonturas, palpitações e desmaio.

Alertas de Segurança

Codeína para tosse e constipação: uso restrito em crianças

A codeína é um medicamento opióide autorizado no alívio da dor e no tratamento de sintomas de tosse. A codeína é convertida em morfina, através da ação da enzima CYP2D6. Em alguns indivíduos (conhecidos como metabolizadores ultra-rápidos), esta conversão ocorre mais rapidamente do que noutros. Isto resulta numa elevação dos níveis séricos de morfina, o que pode originar efeitos tóxicos, tais como dificuldades respiratórias.

Foi conduzida uma revisão acerca dos riscos e benefícios da utilização da codeína no tratamento da tosse e dos sintomas de constipação em crianças.

A revisão concluiu que existe evidência limitada sobre a efetividade da codeína no tratamento da tosse e dos sintomas de constipação em crianças.

Recomendações para o profissional de saúde:

- ◆ A codeína é contraindicada em crianças menores de 12 anos de idade, em doentes de qualquer idade metabolizadores ultra-rápidos do CYP2D6, e durante a amamentação.
- ◆ A codeína não é recomendada em adolescentes (entre os 12 e os 18 anos de idade) que apresentem função respiratória comprometida.

Para informação adicional poderá consultar:

Aviso da Agência Europeia do Medicamento Abril de 2015, disponível em:

http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/referrals/Codeine_containing_medicinal_products_for_the_treatment_of_cough_and_cold_in_paediatric_patients/human_referral_prac_000039.jsp&mid=WC0b01ac05805c516f

Adaptado de *Drug Safety Update volume 8 issue 9 April 2015: 2.*

Encontro Regional de Farmacovigilância

A Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC) promoveu um “Encontro Regional de Farmacovigilância”, no dia 08 de Maio de 2015.

Esta iniciativa teve como objetivos apresentar e discutir os resultados da atividade da UFC, ou seja, o novo conhecimento gerado a partir do empenho dos profissionais de saúde na identificação e documentação da iatrogenia medicamentosa na prática clínica, e promover um debate e partilha de experiências sobre as eventuais limitações do processo de notificação espontânea e possíveis melhorias do sistema.



Adaptado de *AIBILI Newsletter, n.º 129, Maio de 2015.*

Atividade científica da Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC)

Congressos Científicos

A Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC) apresentou 11 resumos referentes aos trabalhos desenvolvidos na UFC em 2014/2015. A UFC recebeu ainda dois prémios relativos aos seus trabalhos. Os títulos dos respetivos resumos são descritos em baixo.

III Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Farmácia Clínica e Farmacoterapia, Lisboa, Portugal, 15 de Abril de 2015

Poster. Penedones A, Mendes D, Alves C, Batel Marques F. “Ocular adverse events induced by drugs: a review of the safety alerts issued by health regulatory authorities”. <https://spfcfreuniao2015.wordpress.com/>.

Poster. Alves C, Penedones A, Mendes D, Batel Marques F. “The efficacy and safety of sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibitors: a systematic review and meta-analysis”. <https://spfcfreuniao2015.wordpress.com/>.

Poster. Alves C, Penedones A, Mendes D, Batel Marques F. “Fluoroquinolones use and development of retinal detachment: a systematic review and meta-analysis”. <https://spfcfreuniao2015.wordpress.com/>.

Poster. Mendes D, Dias P, Alves C, Batel Marques F. “Antibiotics-induced liver injury: a pharmacovigilance study using a measure of disproportionality in a database of spontaneously reported adverse events”. <https://spfcfreuniao2015.wordpress.com/>.

Poster. Mendes D, Alves C, Batel Marques F. “Grading safety evidence for benefit/risk assessment: are NSAIDS an example?”. <https://spfcfreuniao2015.wordpress.com/>.

Poster. Batel Marques F, Mendes D, Alves C, Penedones A, Dias P, Martins A, Santiago LM, Fontes-Ribeiro C, Caramona M, Macedo T. “Unidade de Farmacovigilância do Centro: atividades e resultados”. <https://spfcfreuniao2015.wordpress.com/>.

Comunicação Oral. Mendes D, Alves C, Batel Marques F. “Application of quantitative methodologies for benefit-risk assessment: case study with rosiglitazone and pioglitazone”. *1º Prémio*. <https://spfcfreuniao2015.wordpress.com/>.

2015 Virtual Poster Symposium of the American College of Clinical Pharmacy, 18-19 May 2015

Comunicação Oral. Alves C, Penedones A, Mendes D, Batel Marques F. “A systematic review and meta-analysis evaluating the association between fluoroquinolones use and development of retinal detachment”. *3º Prémio*. *Pharmacotherapy* 2015. Volume 35, Issue 5, pages e66–e95.

Comunicação Oral. Batel Marques F, Mendes D, Alves C, Penedones A, Dias P, Martins A, Santiago LM, Fontes-Ribeiro C, Caramona M, Macedo T. “Pharmacovigilance in Portugal: activity of the Central Pharmacovigilance Unit”. *Pharmacotherapy* 2015. Volume 35, Issue 5, pages e66–e95.





12th Congress of the European Association for Clinical Pharmacology and Therapeutics, Madrid, 27-30 June 2015

Poster. Penedones A, Mendes D, Alves C, Batel Marques F. “Ocular adverse events induced by drugs: a review of the safety alerts issued by health regulatory authorities”. *Clinical Therapeutics* 2015; Volume 37, Number 8S, Pages e122-e123.

Poster. Alves C, Penedones A, Mendes D, Batel Marques F. “The efficacy and safety of sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibitors: a systematic review and meta-analysis”. *Clinical Therapeutics* 2015; Volume 37, Number 8S, Pages e123-e124.

Publicações

A *Acta Médica Portuguesa* publicou um estudo realizado por colaboradores da UFC, sobre os resultados e atividades da UFC cujo resumo se apresenta em baixo.



Acta Med Port 2015
Mar-Apr;28(2):222-232

“Farmacovigilância em Portugal: Atividade da Unidade Regional do Centro”

Francisco Batel Marques, Diogo Mendes, Carlos Alves, Ana Penedones, Patrícia Dias, Angélica Martins, Luiz Miguel Santiago, Carlos Fontes-Ribeiro, Margarida Caramona, Tice Macedo

Introdução: Caracterizar as notificações espontâneas de eventos adversos a medicamentos recebidas pela Unidade de Farmacovigilância do Centro.

Material e Métodos: Consideraram-se todas as notificações reportadas entre 01/2001 e 12/2013. Estimaram-se taxas de notificação anuais. Os casos foram caracterizados quanto à gravidade, conhecimento prévio, causalidade imputada, origem e grupo profissional do notificador, tipo de evento adverso e grupos farmacoterapêuticos onde se incluem os medicamentos suspeitos com maior prevalência de notificação.

Resultados: A Unidade recebeu 2408 notificações, que continham 5749 eventos adversos. No ano de 2013 foi registada uma taxa de notificação de 171 notificações/milhão de habitantes. Do total de notificações, 55% foram classificadas como graves. Das notificações com causalidade imputada, 90% tinham uma relação, pelo menos possível, com o medicamento suspeito. Os medicamentos que originaram maior número de notificações foram os anti-infecciosos para uso sistémico (n = 809; 33%), e os eventos adversos mais frequentemente notificados foram as “Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos” (n = 1139; 20%). Registaram-se 154 (6,4%) casos de risco de vida e/ou morte e 88 (3,6%) continham pelo menos um evento adverso classificado simultaneamente como grave, desconhecido e definitivo ou provável.

Discussão: Os resultados deste estudo são consistentes com os de outros estudos, designadamente no que diz respeito à gravidade, aos grupos farmacoterapêuticos onde se incluem os medicamentos suspeitos e aos tipos de eventos adversos reportados.

Conclusão: Ao longo do período avaliado, a UFC solidificou a sua atividade, tendo verificado um crescimento da taxa de notificação em geral e um aumento da notificação de reações adversas graves e desconhecidas.

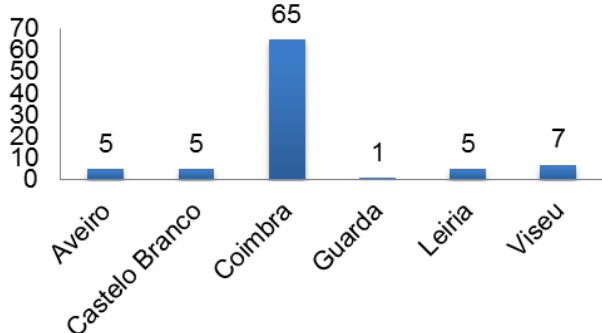
Palavras-chave: Farmacovigilância; Portugal; Sistemas de Notificação de Reações Adversas a Medicamentos.

Poderá ler o artigo na íntegra consultando o seguinte endereço: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/5717>.

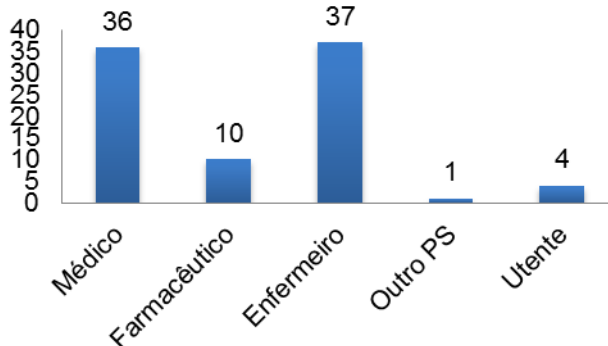
Resultados da atividade da Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC)

A Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC) recebeu um total de 88 notificações espontâneas de reações adversas a medicamentos entre 1 de abril e 30 de junho de 2015. A Figura seguinte apresenta a distribuição das notificações espontâneas de acordo com o local de origem, o tipo de notificador, a gravidade, o conhecimento prévio, a imputação de causalidade atribuída à relação entre a ocorrência da reação adversa e a exposição ao medicamento suspeito e o grupo terapêutico do medicamento suspeito.

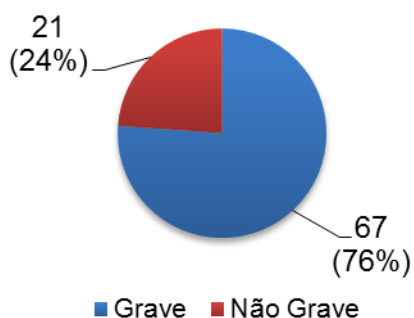
Notificações espontâneas (n) por distrito de origem



Notificações espontâneas (n) por tipo de notificador



Notificações espontâneas (n) de acordo com a gravidade



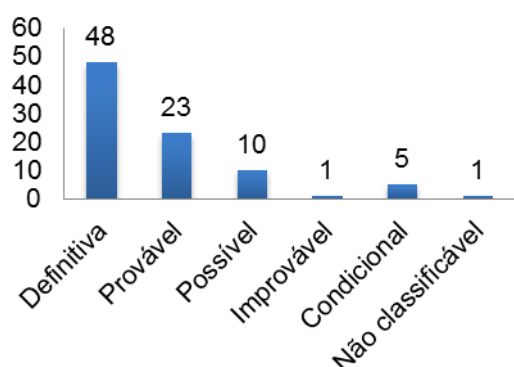
Notificações espontâneas (n) de acordo com conhecimento prévio



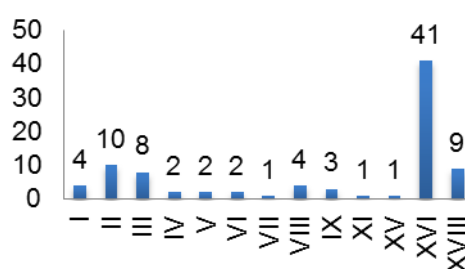
Grave—uma reação adversa que resultou em morte, colocou a vida em risco, motivou ou prolongou o internamento, resultou em incapacidade significativa, causou anomalias congénitas ou outra clinicamente importante.

Não descrito—uma notificação espontânea contendo, pelo menos, uma reação adversa cuja descrição não está incluída no resumo das características do medicamento suspeito.

Notificações espontâneas (n) por nível de causalidade



Notificações espontâneas (n) por grupo terapêutico



- I Medicamentos Anti-infecciosos
- II Sistema Nervoso Central
- III Aparelho Cardiovascular
- IV Sangue
- V Aparelho respiratório
- VI Aparelho Digestivo
- VII Aparelho Geniturinário
- Hormonas e Medicamentos
- VIII Usados no Tratamento das Doenças Endócrinas
- IX Aparelho Locomotor
- XI Nutrição
- XV Medicamentos usados em afeções oculares
- XVI Medicamentos Antineoplásicos e Imunomoduladores
- XVIII Vacinas e Imunoglobulinas

Q&A

Todos os profissionais de saúde e utentes/consumidores podem utilizar o e-mail ufc@aibili.pt para colocarem questões relacionadas com a segurança de medicamentos. As questões serão respondidas por e-mail e/ou através de publicação nas próximas edições deste boletim.

Como notificar suspeitas de reações adversas a medicamentos à UFC?

Portal RAM (online)

<https://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>

UFC, AIBILI—Notificação de reações adversas (online)

<http://www.ufc.aibili.pt/>

Boletins de notificação para imprimir

<http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/>

[MEDICAMENTOS USO HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO DE RAM](#)

Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC)

Tel: +351 239 480 138 | Fax: +351 239 480 117

e-mail: ufc@aibili.pt

http://www.aibili.pt/ufc_about.php



Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC)

AIBILI

Azinhaga de Santa Comba - Celas

3000-548 Coimbra

Portugal

Tel: +351 239 480 138 | Fax: +351 239 480 117

e-mail: ufc@aibili.pt

Ficha técnica

Título: FARMACOVIGILÂNCIA - Atualizações de segurança de medicamentos

Editor: Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC), AIBILI - Associação para Investigação Biomédica e Inovação em Luz e Imagem.

Conselho Científico da UFC: Carlos Fontes Ribeiro, Francisco Batel Marques, Isabel Jesus Oliveira, José Cunha-Vaz, Luiz Miguel Santiago, Margarida Caramona, Maria Angelina Martins, Patrícia Dinis Dias, Tice Macedo.

Coordenação: Francisco Batel Marques, Carlos Fontes Ribeiro.

Produção/Edição: Diogo Mendes, Carlos Alves, Ana Penedones.

Apoio técnico: Daniel Sanches Fernandes.

ISSN: 2183-2056.