

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

Formulário de Cadastro do Paciente

Cartão SUS: _____
Nome: _____ Nascimento: ____/____/____
Nome da mãe: _____
Idade: ____ Sexo: () M () F Raça: _____ Etnia: _____ Tipo Documento: _____ Nº: _____
Zona: Urbana Rural Logradouro: _____ Nº: _____
Complemento: _____ País: _____ UF: _____ Município: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Telefone: (____) _____ Tel. Contato: (____) _____
e-mail: _____

Formulário de Notificação

Data da Notificação: ____/____/____

Item de Notificação:

Data de Aplicação	Estratégia	Imuno-biológico	Dose	Laboratório	Lote	Via de Administração	Local de Aplicação	Indicação	Especialidade	Estabelecimento
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										

Gestante:

Sim Não Ignorado
Mês de gestação no momento da vacinação:

Mulher Amamentando:

Sim Não

Criança em Aleitamento Materno:

Sim Não

Evento Adverso:

Classificação:

- Não Grave (EANG) – Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave;
 Grave (EAG);
 Erro de Imunização (EI).

Responsável pelo Preenchimento da Notificação:

Estabelecimento: CNES: _____ Nome: _____

Responsável: _____ Função: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail: _____

Endereço: _____

Formulário de Investigação:

Antecedentes:

Algum EAPV anterior à presente vacinação? Sim Não Ignorado

Data da Ocorrência	Imunobiológico	Evento Adverso Pós Vacinação (EAPV)	Conduta
__/__/__	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____

Doenças Pré-existentes? Sim Não Ignorado

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> Aids / HIV | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Doença hepática | <input type="radio"/> Doença renal |
| <input type="radio"/> Alergia a medicamento | <input type="radio"/> Doença autoimune | <input type="radio"/> Doença neurológica ou psiquiátrica | <input type="radio"/> Outras (Especificar) |
| <input type="radio"/> Alergia alimentar | <input type="radio"/> Doença cardíaca | <input type="radio"/> Doença pulmonar | <input type="text" value=""/> |

Alguma(s) medicação(ões) em uso? Sim (especificar) Não Ignorado

Tipo Medicamento	Nome Genérico	Via de Administração	Data Início	Uso Contínuo	Data Término
<input type="radio"/> Anticonvulsivante	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="radio"/> Antitérmico	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="radio"/> Corticoide	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="radio"/> Imunoglobulinas	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="radio"/> Med. Homeopático	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="radio"/> Químico / Radio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="text" value=""/>					

Fez transfusão de sangue, componentes ou derivados nos últimos 28 dias?

Sim Não Ignorado Data da Transfusão: __/__/__

História prévia de convulsões:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Sem história de convulsão | <input type="radio"/> Convulsão afebril |
| <input type="radio"/> Convulsão febril | <input type="radio"/> Ignorado |

Viajou nos últimos 15 dias? Sim Não Ignorado

Data de Início: __/__/__ Data Término: __/__/__

País: _____

Local (caso não Brasil): _____

UF: ____ Município: _____

Eventos Adversos:

Manifestações Locais

Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Abscesso frio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Granuloma	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Abscesso quente	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Nódulo	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Atrofia no sítio de administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Prurido Local	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Calor	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Urticária no Sítio de Administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Celulite	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Úlcera (>1cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dor	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Edema	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Manifestações Clínicas Sistêmicas /Pele e Mucosa

Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Angioedema Generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Linfadenopatia Regional	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angioedema de Laringe	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Linfadenopatia Regional Supurada (>3cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angioedema de Lábios	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Linfadenopatia Regional Não Supurada (>3cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angioedema de Membros	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Palidez	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angioedema de Olhos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Petéquias	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Cianose	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Prurido Generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Exantema em Sítio diferente da Administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Púrpura	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Exantema Generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Urticária Generalizada	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Hiperemia e Coceira nos Olhos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Icterícia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>					

Manifestações Clínicas Sistêmicas Cardiovasculares

Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Bradicardia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Taquicardia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Hipotensão	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Manifestações Clínicas Sistêmicas /Respiratória

Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Apnéia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Rouquidão	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Broncoespasmo / Laringoespasmo	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sensação de Fechamento de Garganta	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dificuldade de Respirar	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Tiragem Intercostal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dispneia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Tosse Seca	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dor de Garganta	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Taquipnéia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Espirros	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Rinorreia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>					

Manifestações Clínicas Sistêmicas /Neurológicas

Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Agitação	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Convulsão Local	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Alteração do Nível de Consciência	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Convulsão Generalizada	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Ataxia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Desmaio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Convulsão Febril	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Hipotonia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Convulsão Afebril	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Letargia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Manifestações Clínicas Sistêmicas /Neurológicas (continuação...)

Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Paralisia de Membros inferiores	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Respostas Diminuídas ou Ausentes a Estímulos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Paralisia de Membros Superiores	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sinais Neurológicos Focais ou Multifocais	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Paralisia Facial (Bell)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Paresia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	
<input type="radio"/> Parestesia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	

Manifestações Clínicas Sistêmicas / Gastrintestinais

Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Diarréia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Melena	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dor Abdominal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Náuseas	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Enterorragia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Vômitos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Fezes com raia de sangue	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Sinais de obstrução intestinal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	

Outras Manifestações

Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Anúria	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Hiperemia bilateral dos olhos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Artralgia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Hiperemia em articulações	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Cefaléia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Lesões decorrentes de disseminação do BCG	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Cefaléia e Vômito	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Mialgia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Choro Persistente (>=3 horas)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Oligúria	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dificuldade de deambular	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sonolência	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Edema articular	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Fadiga	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	
<input type="radio"/> Febre >=39°C (axilar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	

Atendimento Médico? Sim Não Ignorado

Ambulatório / Consultório Observação (permanência na unidade de saúde por até 24 horas) Hospitalização (permanência na unidade de saúde por tempo maior que 24 horas)

CNES Hospital: _____ Nome do Hospital: _____

Data da internação: ____/____/____ Data da alta: ____/____/____ Município: _____ UF: _____

Informações Complementares (descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)