

## 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: \_\_\_\_\_ Nº documento: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Comp.: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Zona: Urbana: \_\_\_\_\_ Rural: \_\_\_\_\_  
Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Formulário de Notificação

#### Item de Notificação:

Data de Aplicação	Estratégia	Imunobiológicos	Lote	Fabricante	Dose	Via de Administração	Local de Aplicação	Estabelecimento
__/__/__								
__/__/__								
__/__/__								
__/__/__								
__/__/__								
__/__/__								

#### Gestante:

Sim  Não  Ignorado

Mês de gestação no momento da vacinação:

#### Mulher Amamentando:

Sim  Não

#### Criança em Aleitamento Materno:

Sim  Não

#### Evento Adverso Provável:

#### Tipo de Evento:

- 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:

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

## Formulário de Investigação:

### Antecedentes:

Algum EAPV anterior à presente vacinação?  Sim  Não  Ignorado

Data da Ocorrência	EAPV anterior	Vacina Relacionada ao EAPV anterior	Conduta
__/__/____	_____	_____	_____
__/__/____	_____	_____	_____
__/__/____	_____	_____	_____
__/__/____	_____	_____	_____
__/__/____	_____	_____	_____

Doenças Pré-existentes?  Sim  Não  Ignorado

- Aids / HIV  Diabetes  Doença hepática  Doença renal  
 Alergia a medicamento  Doença auto-imune  Doença neurológica ou psiquiátrica  Outras (Especificar)  
 Alergia alimentar  Doença cardíaca  Doença pulmonar

### História prévia de convulsões:

Sem história de convulsão  Convulsão febril  Convulsão afebril  Ignorado

Uso de medicação anterior à vacinação?  Sim  Não  Ignorado

Medicamento	Via de Administração	Tempo de uso	Uso contínuo	Medicamento	Via de Administração	Tempo de uso	Uso contínuo
<input type="radio"/> Anticonvulsivante	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Med. Homeopático	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Antitérmico	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Químico / Radio	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Corticóide	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Imunoglobulinas	_____	_____	_____				

### Viajou nos últimos 15 dias?

Sim  Não  Ignorado

Data de Início: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Data Término: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

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

Sim  Não  Ignorado

Data da Transfusão: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Eventos Adversos:

### Manifestações Locais

Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	Acomp.	Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	Acomp.
<input type="radio"/> Abscesso frio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Exantema em sítio diferente da administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Abscesso quente	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Exantema generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Atrofia no sítio de administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Linfadenopatia regional	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Calor	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Linfadenopatia regional supurada (>3cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Celulite	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Nódulo	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dor	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Úlcera (>1cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Edema	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Eritema ou Rubor	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>					

### Manifestações Clínicas Sistêmicas / Gastrointestinais

Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	Acomp.	Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	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"/> Invaginação Intestinal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

### Manifestações Clínicas Sistêmicas /Cardiovasculares

Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	Acomp.	Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	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"/>
					<input type="text"/>				

### Manifestações Clínicas Sistêmicas /Pele e Mucosa

Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	Acomp.	Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	Acomp.
<input type="radio"/> Angiodema Generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Palidez	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angiodema de Laringe	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Petéquias	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angiodema de Lábios	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Purido Generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angiodema de Olhos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Púrpura	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Cianose	_____	_____	_____	<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"/> Urticária no Sítio de Administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Icterícia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
					<input type="text"/>				

### Manifestações Clínicas Sistêmicas /Respiratória

Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	Acomp.	Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	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"/> Dispnéia	_____	_____	_____	<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"/>	<input type="text"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

### Manifestações Clínicas Sistêmicas /Neurológicas

Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	Acomp.	Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	Acomp.
<input type="radio"/> Agitação	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Letargia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Alteração de Nivel de Consciência	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Paralisia de Membros inferiores	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Ataxia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Paralisia de Membros Superiores	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Convulsão Febril	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Paralisia Facial (Bell)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Convulsão Afebril	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Paresia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Convulsão Focal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Respostas Diminuídas ou Ausentes a Estímulos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Convulsão Gerenzalizada	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sinais Neurológicos Focais ou Multifocais	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Desmaio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Hipotomia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	
					_____				

### Outras Manifestações

Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	Acomp.	Evento adverso	Início	Tempo de Início	Término	Acomp.
<input type="radio"/> Artralgia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Rouquidão	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Cefaléia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sensação de Fechamento de Garganta	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Cefaléia e Vômito	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Tiragem Intercostal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Choro Persistente (>=3 horas)	_____	_____	_____	<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"/>		_____	_____	_____	
					_____				

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)

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data da internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

**Evolução:**

- Evento adverso associado ao BCG – Necessidade de administração de Isoniazida
- Evento adverso associado ao BCG – Necessidade de administração de esquema tríplice / quádruplo
- Cura sem sequelas     Cura com sequelas     Óbito     Não é EAPV     Perda de seguimento

**Responsável pelo Preenchimento da Notificação:**

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**Formulário de Encerramento:**

**Classificação Final:**

- EA Não Grave (EANG)     EA Grave (EAG)     Erro de Imunização (EI)     Inclassificável

**Erros de Imunização (EI):**

- Tipo de imunobiológico utilizado;
- Erros de administração - Na técnica de aplicação;
- Erros de administração - No uso incorreto de diluentes, administração de outros produtos que não sejam vacinas e/ou diluentes;
- Erros de manuseio (conservação de temperatura, transporte e armazenamento inadequado);
- Intervalo inadequado entre doses;
- Validade vencida;
- Erros de prescrição ou indicações (fora da idade recomendada);
- Ausência de avaliação de contraindicações ou precauções;
- Outros – descrever detalhadamente o(s) erro(s) de imunização:

**Conduta Frente ao(s) Erro(s) de imunização (EI) e Doses:**

- Dose considerada válida;
- Dose considerada inválida;
- Repetir dose única o mais rápido possível;
- Repetir dose o mais rápido possível considerando intervalo mínimo;
- Repetir dose com aprazamento de reforço;
- Validade vencida;
- Acompanhamento com dosagem de anticorpos;
- Ausência de avaliação de contraindicações ou precauções;
- Outros – especificar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Encerramento Final:**

Preencher a tabela abaixo, utilizando a legenda descrita a seguir:

Imunobiológico(s)	Diagnóstico(s)	Conduta(s)	Causalidades

**Legenda:****Conduta Frente ao Esquema Vacinal (preenchimento):**

1. Esquema Mantido;
2. Esquema mantido com precaução (\*);
3. Contra indicação com substituição do esquema;
4. Contra indicação sem substituição do esquema;
5. Esquema encerrado;
6. Suspensão da vacina por 10 anos;
7. Ignorado;
8. Outros – especificar:

**Classificação de Causalidades (Coordenações Estaduais) – continuação:**

- A.3.4- Erros de manuseio (conservação de temperatura, transporte e armazenamento inadequado);
- A.3.5- Intervalo Inadequado de doses;
- A.3.6- Validade Vencida;
- A.3.7- Erros de prescrição ou indicações (fora da idade recomendada);
- A.3.8- Ausência de avaliação de contraindicações ou precauções
- A.3.9- Outros (Especificar):

**Classificação de Causalidades (Coordenações Estaduais):****1 Informação disponível adequada;****A Consistente;**

A.1- Reações inerentes ao produto, conforme literatura;

A.1.1- Associação a mais que uma vacina;

A.2- Reações inerentes a qualidade do produto;

A.3- Erros de imunização (EI);

A.3.1- Tipo de Imunobiológico utilizado;

A.3.2- Erros de Administração – Erro na técnica de administração;

A.3.3- Erros de Administração – Uso incorreto de diluentes, administração de outros produtos que não sejam vacinas e/ou diluentes;

A.4- Reações de Ansiedade associada à vacinação;

**B Indeterminada;**

B.1- Reação temporal consistente, mas sem evidências na literatura para se estabelecer uma relação causal;

B.2- Os dados da investigação são conflitantes à causalidade;

**C Inconsistente;**

C.1- Condições subjacentes ou emergentes;

C.2- Condições causadas por outros fatores e não por vacinas;

**2 Informação disponível inadequada;****D Inclassificável.****Responsável pelo Preenchimento da Encerramento:**

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

## EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO – FICHA DE EXAMES LABORATORIAIS COMPLEMENTARES

### Informações Laboratoriais Complementares

#### Hemograma

Data da Coleta	Série Vermelha				Série Branca					
	Hemá-cias (m <sup>3</sup> )	Hemoglo-bina	Hemató-crito	Plaquetas	Bastões (%)	Neutró-filos (%)	Linfó-citos (%)	Leucó-citos (%)	Eosinó-fitos (%)	Nonó-citos (%)

#### Bioquímica

Data da Coleta	BD (mg'dl)	BI (mg'dl)	BT (mg'dl)	Uréia (mg'dl)	Creatinina (mg'dl)	AST (TGO)	ALT (TGP)	GGT	FA	Prova de Coagulação		
										INR	PT	PTT

#### Punção Pulmonar

Data da Coleta	Citoquímica (Líquor)					Bacterioscopia – GRAM (especificar)	Cultura do Líquor (especificar)
	Leucó-citos (m <sup>3</sup> )	Neutró-filos (%)	Linfó-citos (%)	Glicose (mg)	Prote-ínas (mg)		

#### Urina

Data da Coleta	Elementos Anormais e Sedimentos
Data da Coleta	Elementos e Antibiograma

**Detecção Viral**

Data da Coleta	Amostra	Resultado
	Líquor	
	Sangue	
	Tecido	
	Outros (Especificar)	

**Imunologia**

Agravado	Sorologia			PCR		
	Data da Coleta	Sangue	Líquor	Data da Coleta	Sangue	Líquor
Dengue						
Febre Amarela						
Rubéola						
Hepatite A						
Hepatite B						
HIV						
Outros (Especificar)						

**Adicionais**

Data da Coleta	Exame	Resultado
	ECG	
	EEG	
	RX	
	TC	
	RM	
	ENMG	
	US	
	Outros (Especificar)	

**Outros – Viscerotomia, Necrópsia**

Data da Coleta	Imuno - Histoquímica		Anatomo
	Macroscopia	Microscopia	