



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização

Nº do formulário: _____
Data da notificação: ____/____/_____
Data de início da investigação: ____/____/_____
Número do cartão SUS: _____

Formulário para Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação associados ao uso de Vacina, Soro ou Imunoglobulina

Dados de notificação							
País		UF	Município				
Unidade de saúde							
Dados pessoais							
Nome completo do paciente					Iniciais		Data de nascimento ____/____/_____
Idade ____ <input type="checkbox"/> idade		Sexo <input type="checkbox"/>		Raça <input type="checkbox"/>			
1 – dias 2 – meses 3 – anos		1 – Masculino 2 – Feminino 9 – Ignorado		1 – Branca 2 – Negra 3 – Parda 4 – Indígena 5 – Amarela 9 – Ignorado			
Ocupação			Nome completo da mãe				
Gestante? <input type="checkbox"/>		Caso afirmativo qual mês de gestação no momento da vacinação? _____ mês		Mulheres amamentando? <input type="checkbox"/>		Criança em aleitamento materno? <input type="checkbox"/>	
1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado				1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	
Dados residenciais							
Endereço (rua, praça, avenida, etc)				Número	Complemento		Bairro/Distrito
Ponto de referência				Zona <input type="checkbox"/>	CEP _____ - _____		Telefones () _____ () _____
Zona 1 – Urbana 2 – Rural 9 – Ignorado							
País		UF	Município				
Dados sobre a vacinação							
Data da vacinação	Imunobiológico(s) (indicar o nome como está no rótulo)	Dose aplicada (1ª, 2ª, 3ª doses; 1ª e 2ª reforços)	Via de administração (oral, IM, SC, ID)	Local de aplicação (deltóide, vasto lateral da coxa, glúteo, ventro-glúteo e oral)	Fabricante(s)	Nº Lote(s)	Validade
	Diluyente(s)						
Dados da unidade de saúde de administração/aplicação							
País		UF	Município				
Unidade de saúde				Qual o motivo? <input type="checkbox"/>		Local de vacinação <input type="checkbox"/>	
				1 – Campanha 2 – Rotina 3 – Recomendação médica		1 – Rede pública 2 – Rede privada 9 – Ignorado	
História patológica progressa							
Doenças pré-existentes? <input type="checkbox"/>		Caso afirmativo qual? <input type="checkbox"/>		Caso afirmativo qual? <input type="checkbox"/>		Caso afirmativo qual? <input type="checkbox"/>	
1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		AIDS/HIV Especificar: _____		Doença cardíaca Especificar: _____		Doença hepática Especificar: _____	
		Alergia alimentar Especificar: _____		Doença neurológica e ou psiquiátrica Especificar: _____		Doença pulmonar Especificar: _____	
		Alergia a medicamentos Especificar: _____		Outras Especificar: _____			
		Diabetes Especificar: _____					
		Doença Auto-imune Especificar: _____					
Uso de medicação anterior a vacinação? <input type="checkbox"/>		Caso afirmativo qual? <input type="checkbox"/>		Caso afirmativo qual? <input type="checkbox"/>		Caso afirmativo qual? <input type="checkbox"/>	
1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		Anticonvulsivante Antitérmico Corticóides Via: _____ Tempo de uso: _____ Imunoglobulinas		Medicamentos homeopáticos Quimioterapia, radioterapia Outros: _____			

Fez transfusão de sangue nos últimos 15 dias?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Caso afirmativo, data da transfusão	____/____/____
História prévia de convulsões	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Caso afirmativo, qual tipo?	<input type="checkbox"/> 1 – Convulsão febril 2 – Convulsão afebril 9 – Ignorado
Algum EAPV anterior à presente vacinação?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Caso afirmativo, qual EAPV anterior?	_____
		Caso afirmativo, qual vacina administrada?	_____
		Data de ocorrência de EAPV anterior	____/____/____
Qual a conduta indicada na ocasião deste EAPV anterior?	_____	Fez uso de medicação em EAPV anterior?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado
		Se sim especifique	_____

Antecedentes epidemiológicos

Viajou nos últimos 15 dias?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Viagem	<input type="checkbox"/> 1 – Nacional 2 – Internacional País: _____	Caso afirmativo, data de ida	____/____/____	Caso afirmativo, data de volta	____/____/____
-----------------------------	---	--------	---	------------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

UF	Município
----	-----------

Recebeu vacina(s) para viajar?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Foi vacinado durante a viagem?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Caso afirmativo, data da vacinação	____/____/____	Qual(is)?	_____
--------------------------------	---	--------------------------------	---	------------------------------------	----------------	-----------	-------

Dados sobre EAPV

Manifestações locais	Abscesso frio	Edema	Linfadenomegalia > 3 cm supurada
	Abscesso com drenagem espontânea	Enduração	Linfadenomegalia não supurada
	Abscesso quente	Eritema	Rubor
	Atrofia no local de aplicação	Exantema em local diferente da aplicação	Úlcera
	Calor local	Exantema generalizado	Outras reações locais
	Celulite	Linfadenite não supurada	
	Dor	Linfadenite supurada	

Data de início do(s) sintoma(s)	____/____/____	Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)	Duração do evento	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)
---------------------------------	----------------	--	---	-------------------	---

Manifestações clínicas sistêmicas	Pele/Mucosas		
	Angiodema de lábios	Cianose	Púrpura
	Angiodema de laringe	Hiperemia e coceira nos olhos	Urticária generalizada
	Angiodema de língua	Icterícia	Urticária no local de aplicação
	Angiodema de membros	Palidez	Outro evento da pele ou mucosas
	Angiodema de olhos	Petequias	
	Angiodema generalizado	Prurido	
	Cardiovasculares		
	Hipotensão	Taquicardia	Bradicardia
	Respiratórias		
	Apnéia	Dor de garganta	Sensação de fechamento de garganta
	Broncoespasmo/Laringoespasmo	Espirros	Taquipnéia
	Dificuldade de respirar	Rinorréia	Tiragem intercostal
	Dispnéia	Rouquidão	Tosse seca
	Neurológicas		
	Ataxia	Convulsão tônico-clônica	Paresia
	Alteração do nível de consciência	Desmaio	Parestesia
	Convulsão afebril	Hipotonia	Resposta diminuída a estímulos
	Convulsão febril	Letargia	Sinais neurológicos focais ou multifocais
	Convulsão focal	Não responde a estímulos	Outros eventos neurológicos graves
Convulsão generalizada	Paralisia de membros inferiores	Outras paralisias	
Gastrointestinais			
Diarréia	Fezes com raias de sangue	Náuseas	
Dor abdominal	Invaginação intestinal	Vômitos	
Enterorragia	Melena		

Data de início do(s) sintoma(s)	____/____/____	Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)	Duração do evento	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)
---------------------------------	----------------	--	---	-------------------	---

Outras manifestações	Artralgia	Evidências clínicas de sangramentos	Mialgia
	Artrite	Fadiga	Pancreatite
	Cefaléia	Febre igual ou maior a 39,5°	Parotidite
	Cefaléia e vômito	Febre menor que 39,5°	Sonolência
	Choro persistente	Hiperemia bilateral nos olhos	Outras
	Dificuldade de deambular	Hiperemia em articulações	
	Edema articular	Lesões decorrentes de disseminação BCG	

Data de início do(s) sintoma(s)	____/____/____	Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)	Duração do evento	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)
---------------------------------	----------------	--	---	-------------------	---

Atendimento médico

Recebeu atendimento médico?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Data do atendimento	____/____/____	Caso afirmativo, tipo de atendimento	<input type="checkbox"/> 1 – Ambulatorial 2 – Domiciliar 3 – Hospitalar 9 – Ignorado	Ficou em observação?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	horas	Ficou em enfermaria?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	dias	Ficou em UTI?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	dias	Data da alta	____/____/____
-----------------------------	---	---------------------	----------------	--------------------------------------	---	----------------------	---	-------	----------------------	---	------	---------------	---	------	--------------	----------------

Nome do local de atendimento	_____	<input type="checkbox"/> 1 – Público 2 – privado 9 – Ignorado
------------------------------	-------	---

Município	_____	UF	____
-----------	-------	----	------

Informações laboratoriais complementares					
Tipos de exames (hematologia, bioquímica, líquido, sorologias, isolamento, exames de imagem, histopatologia, outros). Especificar resultados relevantes.					
Hemograma	Data da Coleta ____/____/____				
	Série vermelha	Hemácias mm ³	Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas
	Série branca	Leucócitos mm ³	Monócitos %	Linfócitos %	Neutrófilos % Eosinófilos %
Bioquímica (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)	Data da Coleta ____/____/____	Bilirrubina Total mg/dl	Bilirrubina Direta mg/dl	AST (TGO) UI	ALT (TGP) UI
		Creatinina mg/dl	Provas de Coagulação	INR	PT PTT
Punção Lombar	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
	Data da Punção ____/____/____		Leucócitos mm ³	Neutrófilos %	Linfócitos %
Citoquímica (Líquor)	Glicose mg		Proteínas mg		Bacterioscopia <input type="checkbox"/> 1 - Sim Especificar: _____ <input type="checkbox"/> 2 - Não
	Detecção viral (Especifique o material analisado e o método utilizado para isolamento)	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Data da Coleta ____/____/____	
PCR <input type="checkbox"/> 1 - Positivo <input type="checkbox"/> 2 - Negativo <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Outros métodos _____			
Realizada Autópsia?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
	Data ____/____/____		Anatomo-Patológico <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Data ____/____/____
	Histopatológico <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Imunohistoquímica <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Data ____/____/____
	Data ____/____/____		Data ____/____/____		Data ____/____/____
ECG	Data do exame ____/____/____	RM	Data do exame ____/____/____		
EEG	Data do exame ____/____/____	ENMG	Data do exame ____/____/____		
RX	Data do exame ____/____/____	USG	Data do exame ____/____/____		
TC	Data do exame ____/____/____				
Informações complementares					
(Descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)					
Diagnóstico					
(Descreva apenas o diagnóstico final com o respectivo CID 10)					
Descrição			Código do CID 10		
Erros programáticos (procedimentos inadequados)					
<input type="checkbox"/> 1 - Tipo de imunobiológico utilizado <input type="checkbox"/> 2 - Via de administração <input type="checkbox"/> 3 - Diluição <input type="checkbox"/> 4 - Conservação <input type="checkbox"/> 5 - Fora da idade recomendada		<input type="checkbox"/> 6 - Técnica de administração <input type="checkbox"/> 7 - Intervalo inadequado entre doses <input type="checkbox"/> 8 - Intervalo inadequado entre vacinas <input type="checkbox"/> 9 - Validade vencida		<input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 11 - Outros - Especificar: _____	
Conclusão do caso					
Evolução do caso		Data do óbito ____/____/____	Conduta frente ao esquema vacinal		Data de encerramento ____/____/____
<input type="checkbox"/> 1 - Cura sem seqüelas <input type="checkbox"/> 2 - Cura com seqüelas <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por EAPV <input type="checkbox"/> 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 5 - Perda de seguimento <input type="checkbox"/> 6 - Não é EAPV		Declaração de Óbito _____ Declaração de nascido vivo _____	<input type="checkbox"/> 1 - Esquema mantido <input type="checkbox"/> 2 - Esquema mantido com precaução (ambiente hospitalar) <input type="checkbox"/> 3 - Contra-indicação com substituição de esquema <input type="checkbox"/> 4 - Contra-indicação sem substituição de esquema <input type="checkbox"/> 5 - Esquema encerrado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Responsável pelo preenchimento					
Nome		Função		Telefone de contato	
Município					
Unidade de Saúde				Telefone	
Assinatura				Data ____/____/____	