

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍVEIS À VACINAÇÃO OU IMUNIZAÇÃO - ESAVI

Formulário de Cadastro do Paciente

Cartão SUS: _____ CPF: _____ Profissão: _____
Nome: _____ Nascimento: ____/____/____
Nome da mãe: _____
Idade: _____ Sexo: () M () F Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Ignorado
Logradouro: _____ Nº: _____
Complemento: _____ UF: _____ Município: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Telefone 1: () _____ Telefone 2: () _____ e-mail: _____

Data da Notificação: ____/____/____

Item de Notificação:

Data da Aplicação	Estratégia*	Vacina(s) administrada(s) que gerou a notificação	Dose **	Laboratório	Lote	Via Administração ***	Local de Administração ****	Unidade resp. pela administração da vacina

*Estratégia (Rotina / Especial / Bloqueio / Intensificação / Campanha / Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal)

**Dose (D1 - 1ª Dose / D2 - 2ª Dose / D3 - 3ª Dose / R1 - 1º Reforço / R2 - 2º Reforço / D - Dose / DU - Única / REV - Revacinação / DA - Dose Adicional)

*** Via Administração (VO - Oral / IM - Intramuscular / SC - Subcutânea / ID - Intradérmica)

****Local de Administração (DD - Deltóide Direito / DE - Deltóide Esquerdo / VLD - Vasto Lateral da Coxa Direita / VLE - Vasto Lateral da Coxa Esquerda / VGD - Vento glúteo Direito / VGE - Vento glúteo Esquerdo / FEE - Face Externa Superior do Braço Esquerdo / FED - Face Externa Superior do Braço Direito)

Gestante:

O Sim O Não O Ignorado

Mês de gestação no momento da vacinação: _____

Mulher Amamentando:

O Sim O Não

Criança em Aleitamento Materno:

O Sim O Não

Classificação:

O Não Grave (EANG) - Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave;

O Grave (EAG) - Vide Anexo;

O Erro de Imunização (EI);

O Erro de Imunização (EI) com Evento Adverso

Responsável pelo Preenchimento da Notificação:

Nome do estabelecimento: _____ CNES: _____

Nome do profissional: _____ CPF: _____

Função: _____ Contatos telefônicos: () _____

e-mail: _____

Formulário de Investigação:

Antecedentes:

Relato sobre EAPV anterior à presente vacinação (Informar qual vacina, sinal ou sintoma e conduta)

Doenças Pré-existentes? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado

(Caso sim, especificar no espaço abaixo)

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

(Caso sim, especificar o uso Nome do medicamento, posologia, tempo de uso)

Viajou nos últimos 15 dias? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado Data de Início: ____/____/____ Data Término: ____/____/____

UF: ____ Município: ____ País: ____

EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍVEIS À VACINAÇÃO OU IMUNIZAÇÃO- ESAVI

Descrever em detalhes, incluindo data de início de cada evento ocorrido, data de término e duração e se está em acompanhamento médico.

Narrativa do caso e outras informações

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) ☐ Unidade de Terapia Intensiva(UTI) ☐ Atendimento Virtual – Nome do Profissional: _____

CNES estabelecimento: _____ Nome do estabelecimento: _____

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

EXAMES COMPLEMENTARES: Testes e procedimentos

Descrever os exames relevantes, com data da realização, resultado e observações

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)

DIAGNÓSTICO(S) FINAL(IS):

EVOLUÇÃO

☐ Cura sem sequelas ☐ Cura com sequelas ☐ Óbito Declaração de óbito: _____

Data do óbito: _____

☐ Não éEAPV ☐ Perda de seguimento ☐ Em Acompanhamento

Responsável pelo Preenchimento da Investigação:

CNES: _____ Nome do estabelecimento : _____

Responsável pelo preenchimento _____ Função: _____

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

Endereço: _____