



FICHA DE NOTIFICAÇÃO EVENTOS ADVERSOS PÓS IMUNIZAÇÃO

DATA DA NOTIFICAÇÃO: / /

01- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME			
SEXO	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	DATA DE NASCIMENTO	IDADE EM QUE RECEBEU A(S) VACINA(S)
			ANOS MESES DIAS
ENDEREÇO			
BAIRRO	MUNICÍPIO	(DDD)-TELEFONE	

02- UNIDADE OU POSTO DE APLICAÇÃO DE VACINAS

NOME DO LOCAL	CÓDIGO DA UNIDADE	GVE
BAIRRO	MUNICÍPIO	(DDD)-TELEFONE

03- IDENTIFICAÇÃO DO NOTIFICANTE

NOME	FUNÇÃO
UNIDADE	CÓDIGO DA UNIDADE GVE
BAIRRO	MUNICÍPIO (DDD)-TELEFONE

04- VACINA(S) ADMINISTRADA(S) NOS ÚLTIMOS 30 DIAS*

VACINAS	DOSE (1ª, 2ª, 3ª, ETC) REFORÇO (1º, 2º, 3º, ETC)	DATA DA APLICAÇÃO	LABORATÓRIO	NÚMERO DE LOTE	VIA LOCAL DE APLICAÇÃO	DATA DE VENCIMENTO
01		/ /				/ /
02		/ /				/ /
03		/ /				/ /
04		/ /				/ /
05		/ /				/ /

*NÃO CONSIDERAR ESTE LIMITE NOS CASOS SUSPEITOS DE EVENTOS ASSOCIADOS À VACINA BCG-ID E POLIOMIELITE.

05- EVENTOS ADVERSOS

A- MANIFESTAÇÕES LOCAIS

<input type="checkbox"/> DOR E/OU RUBOR	<input type="checkbox"/> NÓDULO	<input type="checkbox"/> ATROFIA NO LOCAL DE APLICAÇÃO
<input type="checkbox"/> REAÇÃO DE ARTHUS (reação local grave extensa e ou com necrose)	<input type="checkbox"/> ABSCESSO (Tumoração com conteúdo líquido no local da aplicação)	<input type="checkbox"/> QUENTE (calor, rubor) <input type="checkbox"/> FRIO
<input type="checkbox"/> LINFADENITE REGIONAL	<input type="checkbox"/> menor ou igual a 3 cm	<input type="checkbox"/> não supurada
	<input type="checkbox"/> maior que 3cm. Diâmetro: _____	<input type="checkbox"/> supurada
	Cadeia(s) acometida(s): _____	
<input type="checkbox"/> ÚLCERA MAIOR DO QUE 1 (UM) CENTÍMETRO	<input type="checkbox"/> GRANULOMA	<input type="checkbox"/> QUELÓIDE
<input type="checkbox"/> OUTRAS, Descreva: _____		

B- MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS.

<input type="checkbox"/> CEFALÉIA	<input type="checkbox"/> NÁUSEAS	<input type="checkbox"/> DIARRÉIA	<input type="checkbox"/> VÔMITOS	<input type="checkbox"/> CIANOSE DE EXTREMIDADE	<input type="checkbox"/> MAL-ESTAR	<input type="checkbox"/> IRRITABILIDADE
<input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA	<input type="checkbox"/> TONTURA	<input type="checkbox"/> MIALGIA	<input type="checkbox"/> EXANTEMA	<input type="checkbox"/> ICTERÍCIA	<input type="checkbox"/> INVAGINAÇÃO INTESTINAL	
<input type="checkbox"/> PAROTIDITE	<input type="checkbox"/> PANCREATITE	<input type="checkbox"/> ORQUITE				
<input type="checkbox"/> FEBRE	<input type="checkbox"/> < 38,0°C	<input type="checkbox"/> 38,0°C a 39,4°C	<input type="checkbox"/> ≥39,5°C	<input type="checkbox"/> NÃO-MEDIDA		
<input type="checkbox"/> CHORO PERSISTENTE (contínuo, por mais de 3 horas)						
<input type="checkbox"/> EPISÓDIO HIPOTÔNICO-HIPORRESPONSIVO (início súbito com palidez, hipotonia e diminuição da resposta a estímulos, com ou sem perda da consciência).						
<input type="checkbox"/> ADENOPATIA. Cadeia(s) acometida(s): _____						
<input type="checkbox"/> ARTROPATIA	<input type="checkbox"/> ARTRALGIA	<input type="checkbox"/> ARTRITE	Localização: _____			
<input type="checkbox"/> OSTEOMIELITE	<input type="checkbox"/> ICTERÍCIA					
<input type="checkbox"/> PÚRPURA. Número de plaquetas: _____	Localização: _____					
<input type="checkbox"/> OUTRAS. Descreva: _____						

C- MANIFESTAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE

REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE até 2 horas, especifique: _____

CHOQUE ANAFILÁTICO mais que 2 horas, especifique: _____

D- MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS

ATAXIA ENCEFALITE ENCEFALOPATIA CONVULSÃO MENINGITE ASSÉPTICA

CEREBELITE PARALISIA Localização: _____ DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

MIELITE ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO. Descreva: _____

PARESIA (paralisia não completa) PARESTESIA (sensações anormais como formigamento, picada, queimação)

POLIO VACINAL Sd. GUILLAIN-BARRÉ

OUTRAS. Descreva: _____

06- RELACIONAR AS PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES, ANOTANDO O INTERVALO DE TEMPO ENTRE A APLICAÇÃO E O SEU INÍCIO, ASSIM COM A DURAÇÃO DAS MESMAS

TIPO DE MANIFESTAÇÃO	VACINA ASSOCIADA	INTERVALO (minutos, horas, dias)	DURAÇÃO

07- RELACIONAR OS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS, COM AS RESPECTIVAS DATAS E RESULTADOS

DATA DO EXAME	TIPO DE EXAME	RESULTADO
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

08- ANTECEDENTES PESSOAIS**A- APRESENTOU EVENTO ADVERSO EM DOSE ANTERIOR?**

NÃO SIM especifique: _____

B- DOENÇAS PRE-EXISTENTES:

NÃO SIM especifique: _____

C- SOROLOGIA ANTI-HIV:

POSITIVO NEGATIVO RESULTADO IGNORADO NÃO-REALIZADO

09- ANTECEDENTES FAMILIARES (DOENÇA NEUROLÓGICA, IMUNODEFICIÊNCIA, ETC)

Especifique: _____

10- HOSPITALIZAÇÃO

NOME DO HOSPITAL		CÓDIGO DA UNIDADE	
MUNICÍPIO		DATA DA INTERNAÇÃO:	DATA DA SAÍDA:
		/ /	/ /

11- EVOLUÇÃO

CURA ÓBITO DATA: ____/____/____

Sequela: _____

12- CONDUTA**MANTIDO IMUNOBIOLOGICO**

SIM NÃO Se não, qual vacina foi indicada? _____

13- OBSERVAÇÕES

CARIMBO E ASSINATURA DO NOTIFICANTE

CONTATO:
VE MUNICIPAL/DIR
CENTRAL/CVE: 0800-555466