



**FICHA DE NOTIFICAÇÃO
EVENTOS ADVERSOS PÓS IMUNIZAÇÃO**

DATA DA NOTIFICAÇÃO: / /

01- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME _____

SEXO MASC. 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 _____ DIR _____

BAIRRO _____ MUNICÍPIO _____ (DDD)-TELEFONE _____

03- IDENTIFICAÇÃO DO NOTIFICANTE

NOME _____ FUNÇÃO _____

UNIDADE _____ CÓDIGO DA UNIDADE _____ DIR _____

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

DOR E/OU RUBOR NÓDULO ATROFIA NO LOCAL DE APLICAÇÃO

REAÇÃO DE ARTHUS (reação local grave extensa e ou com necrose) ABSCESSO (Tumoração com conteúdo líquido no local da aplicação) QUENTE (calor, rubor) FRIO

LINFADENITE REGIONAL menor ou igual a 3 cm não supurada

maior que 3cm. Diâmetro: _____ supurada

Cadeia(s) acometidas(s): _____

ÚLCERA MAIOR DO QUE 1 (UM) CENTÍMETRO GRANULOMA QUELÓIDE

OUTRAS, Descreva: _____

B- MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS.

CEFALÉIA NÁUSEAS DIARRÉIA VÔMITOS CIANOSE DE EXTREMIDADE MAL-ESTAR IRRITABILIDADE

SONOLÊNCIA TONTURA MIALGIA EXANTEMA ICTERÍCIA

PAROTIDITE PANCREATITE ORQUITE

FEBRE < 38,0°C 38,0°C a 39,4°C ≥39,5°C NÃO-MEDIDA

CHORO PERSISTENTE (contínuo, por mais de 3 horas)

EPISÓDIO HIPOTÔNICO-HIPORRESPONSIVO (início súbito com palidez, hipotonia e diminuição da resposta a estímulos, com ou sem perda da consciência).

ADENOPATIA. Cadeia(s) acometida(s): _____

ARTROPATIA ARTRALGIA ARTRITE Localização: _____

OSTEOMIELITE ICTERÍCIA

PÚRPURA. Número de plaquetas: _____ Localização: _____

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