



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTO INADEQUADO NA ADMINISTRAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS

UNIDADE NOTIFICANTE	DATA DA NOTIFICAÇÃO: / /		
	UNIDADE	CÓDIGO DA UNIDADE	DIR
	MUNICÍPIO	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	

DADOS DO IMUNOBIOLOGICO	Tipo de imuno:*	Procedimento inadequado devido à:		
	Data de aplicação : / /	<input type="checkbox"/> Tipo de imunobiológico utilizado	<input type="checkbox"/> Validade vencida	<input type="checkbox"/> Intervalo inadequado entre doses
	Tipo de dose (1ª, 2ª,)	<input type="checkbox"/> Via de administração	<input type="checkbox"/> Fora da idade recomendada	<input type="checkbox"/> Intervalo inadequado entre vacinas
	Via de administração:	<input type="checkbox"/> Diluição	<input type="checkbox"/> Técnica de administração	<input type="checkbox"/> Outros (especifique)
	Volume da dose aplicada:	<input type="checkbox"/> Conservação	<input type="checkbox"/> Volume da dose aplicada	_____
Ocasião do procedimento: <input type="checkbox"/> Rotina <input type="checkbox"/> Bloqueio <input type="checkbox"/> Campanha <input type="checkbox"/> Outros				

DADOS DO FUNCIONÁRIO	<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermagem	** Foi capacitado em sala de vacina? Há quanto tempo fez o última capacitação?	
	<input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Outros (especifique)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Tempo de formado: _____		<input type="checkbox"/> < 1 ano
	Tempo de atuação em sala de vacina: _____		<input type="checkbox"/> 1 a 3 anos
Data de Nascimento: / /		<input type="checkbox"/> >= 4 anos	

DADOS DO USUÁRIO	NOME	DATA DE NASCIMENTO:	
	ENDEREÇO		
	MUNICÍPIO	DIR	(DDD)-TELEFONE
	Apresentou sinais/sintomas decorrentes da administração? <input type="checkbox"/> Sim (preencher e encaminhar ficha EAPV) <input type="checkbox"/> Não		

HOSPITALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> Não	EVOLUÇÃO	<input type="checkbox"/> Cura
	<input type="checkbox"/> Somente observação (< 24 horas)		<input type="checkbox"/> Seqüela Descrição: _____
<input type="checkbox"/> Internação		<input type="checkbox"/> Óbito	
Data de entrada: / /			
Data de saída: / /			

PREENCHIDO POR:	Nome: _____	Assinatura: _____
-----------------	-------------	-------------------

CLASSIFICAÇÃO	Para ser preenchimento pela Divisão de Imunização / CVE	
	<input type="checkbox"/> Leve (sem conseqüências- hematomas, náuseas, vômitos, úlceras...)	
	<input type="checkbox"/> Grave (reação sistêmica c/ internação, debilidade permanente de algum membro, sentido ou função...)	
<input type="checkbox"/> Gravíssima (incapacidade permanente, enfermidade incurável, perda ou inutilidade do membro, sentido ou função)		

* Quando foi utilizado mais de um produto deverá ser preenchida ficha para cada um deles.

** É considerado capacitado a pessoa que recebeu "Capacitação em sala de vacina", de acordo com as normas do Ministério da Saúde.