



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO E ERROS DE IMUNIZAÇÃO
SIPNI WEB

CVE CENTRO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
"Prof. Alexandre Vranjac"

CADASTRO DO PACIENTE

CARTÃO SUS			
NOME		DATA DE NASCIMENTO 	IDADE
NOME DA MÃE			
SEXO ☐ FEM ☐ MASC	RAÇA ☐ AMARELA ☐ BRANCA ☐ INDÍGENA ☐ NEGRA ☐ PARDA ☐ NÃO INFORMADA		ETNIA (SE INDÍGENA)
TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DO DOCUMENTO	ZONA ☐ URBANA ☐ RURAL
LOGRADOURO			Nº
COMPLEMENTO		PAÍS	UF
MUNICÍPIO		BAIRRO	
CEP -	TELEFONE (COM DDD) ()		TELEFONE PARA RECADO (COM DDD) ()
EMAIL			

NOTIFICAÇÃO

DATA DA NOTIFICAÇÃO (dia/mês/ano)										
DATA DE APLICAÇÃO	ESTRATÉGIA	IMUNOBIOLOGICO	DOSE	LABORATÓRIO	LOTE	VIA	LOCAL DE APLICAÇÃO	INDICAÇÃO	ESPECIALIDADE	ESTABELECIMENTO (CNES)
GESTANTE? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGNORADO						MULHER AMAMENTANDO? ☐ SIM ☐ NÃO		CRIANÇA EM ALEITAMENTO MATERNO? ☐ SIM ☐ NÃO		
MÊS DE GESTAÇÃO NO MOMENTO DA VACINAÇÃO:										

EVENTO ADVERSO

CLASSIFICAÇÃO

☐ **NÃO GRAVE (EANG)** - Qualquer outro evento que não esteja nos critérios de evento adverso grave☐ **GRAVE (EAG)**

- ☐ Requer hospitalização por pelo menos 24h ou prolongamento de hospitalização já existente
- ☐ Causa disfunção significativa e/ou incapacidade persistente (sequela)
- ☐ Resulta em anomalia congênita
- ☐ Causa risco de morte (ou seja, induz a necessidade de uma intervenção clínica imediata para evitar o óbito)
- ☐ Causar óbito
- ☐ Não informado

☐ **ERRO DE IMUNIZAÇÃO (EI)** ☐ **ERRO DE IMUNIZAÇÃO (EI) - com evento adverso**

- ☐ A.3.1 - Tipo de imunobiológico utilizado
- ☐ A.3.2 - Erros de administração - erro de técnica de administração
- ☐ A.3.3 - Erros de administração - uso incorreto de diluentes, administração de outros produtos que não vacinas e seus diluentes
- ☐ A.3.4 - Erros de manuseio - conservação de temperatura, transporte e armazenamento inadequados
- ☐ A.3.5 - Intervalo inadequado entre vacinas
- ☐ A.3.6 - Validade vencida
- ☐ A.3.7 - Erros de prescrição ou indicações (fora da idade recomendada)
- ☐ A.3.8 - Não avaliação de contraindicações ou precauções
- ☐ A.3.9 - Outros (especifique no quadro abaixo)

RESPONSÁVEL PELA NOTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO RESPONSÁVEL:		
CNES DO ESTABELECIMENTO:	NOME DO ESTABELECIMENTO:	
ENDEREÇO:	Nº:	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	CEP:
PAÍS:	UF:	MUNICÍPIO:
NOME DO NOTIFICADOR:		
FUNÇÃO DO NOTIFICADOR:	TELEFONE (COM DDD): ()	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES