

Fez transfusão de sangue nos últimos 15 dias?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Caso afirmativo, data da transfusão	____/____/____
História prévia de convulsões	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Caso afirmativo, qual tipo?	<input type="checkbox"/> 1 – Convulsão febril 2 – Convulsão afebril 9 – Ignorado
Algum EAPV anterior à presente vacinação?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Caso afirmativo, qual EAPV anterior?	_____
		Caso afirmativo, qual vacina administrada?	_____
		Data de ocorrência de EAPV anterior	____/____/____
Qual a conduta indicada na ocasião deste EAPV anterior?	_____	Fez uso de medicação em EAPV anterior?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado
		Se sim especifique	_____

Antecedentes epidemiológicos

Viajou nos últimos 15 dias?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Viagem	<input type="checkbox"/> 1 – Nacional 2 – Internacional País: _____	Caso afirmativo, data de ida	____/____/____	Caso afirmativo, data de volta	____/____/____
-----------------------------	---	--------	---	------------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

UF	Município
----	-----------

Recebeu vacina(s) para viajar?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Foi vacinado durante a viagem?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Caso afirmativo, data da vacinação	____/____/____	Qual(is)?	_____
--------------------------------	---	--------------------------------	---	------------------------------------	----------------	-----------	-------

Dados sobre EAPV

Manifestações locais	Abscesso frio	Edema	Linfadenomegalia > 3 cm supurada
	Abscesso com drenagem espontânea	Enduração	Linfadenomegalia não supurada
	Abscesso quente	Eritema	Rubor
	Atrofia no local de aplicação	Exantema em local diferente da aplicação	Úlcera
	Calor local	Exantema generalizado	Outras reações locais
	Celulite	Linfadenite não supurada	
	Dor	Linfadenite supurada	

Data de início do(s) sintoma(s)	____/____/____	Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)	Duração do evento	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)
---------------------------------	----------------	--	---	-------------------	---

Manifestações clínicas sistêmicas	Pele/Mucosas		
	Angiodema de lábios	Cianose	Púrpura
	Angiodema de laringe	Hiperemia e coceira nos olhos	Urticária generalizada
	Angiodema de língua	Icterícia	Urticária no local de aplicação
	Angiodema de membros	Palidez	Outro evento da pele ou mucosas
	Angiodema de olhos	Petequias	
	Angiodema generalizado	Prurido	
	Cardiovasculares		
	Hipotensão	Taquicardia	Bradicardia
	Respiratórias		
	Apnéia	Dor de garganta	Sensação de fechamento de garganta
	Broncoespasmo/Laringoespasmo	Espirros	Taquipnéia
	Dificuldade de respirar	Rinorréia	Tiragem intercostal
	Dispnéia	Rouquidão	Tosse seca
	Neurológicas		
	Ataxia	Convulsão tônico-clônica	Paresia
	Alteração do nível de consciência	Desmaio	Parestesia
	Convulsão afebril	Hipotonia	Resposta diminuída a estímulos
	Convulsão febril	Letargia	Sinais neurológicos focais ou multifocais
	Convulsão focal	Não responde a estímulos	Outros eventos neurológicos graves
Convulsão generalizada	Paralisia de membros inferiores	Outras paralisias	
Gastrointestinais			
Diarréia	Fezes com raia de sangue	Náuseas	
Dor abdominal	Invaginação intestinal	Vômitos	
Enterorragia	Melena		

Data de início do(s) sintoma(s)	____/____/____	Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)	Duração do evento	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)
---------------------------------	----------------	--	---	-------------------	---

Outras manifestações	Artralgia	Evidências clínicas de sangramentos	Mialgia
	Artrite	Fadiga	Pancreatite
	Cefaléia	Febre igual ou maior a 39,5°	Parotidite
	Cefaléia e vômito	Febre menor que 39,5°	Sonolência
	Choro persistente	Hiperemia bilateral nos olhos	Outras
	Dificuldade de deambular	Hiperemia em articulações	
	Edema articular	Lesões decorrentes de disseminação BCG	

Data de início do(s) sintoma(s)	____/____/____	Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)	Duração do evento	____ dia(s) ____ hora(s) ____ minuto(s)
---------------------------------	----------------	--	---	-------------------	---

Atendimento médico

Recebeu atendimento médico?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Data do atendimento	____/____/____	Caso afirmativo, tipo de atendimento	<input type="checkbox"/> 1 – Ambulatorial 2 – Domiciliar 3 – Hospitalar 9 – Ignorado	Ficou em observação?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	horas	Ficou em enfermaria?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	dias	Ficou em UTI?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	dias	Data da alta	____/____/____
-----------------------------	---	---------------------	----------------	--------------------------------------	---	----------------------	---	-------	----------------------	---	------	---------------	---	------	--------------	----------------

Nome do local de atendimento	_____	<input type="checkbox"/> 1 – Público 2 – privado 9 – Ignorado
------------------------------	-------	---

Município	_____	UF	____
-----------	-------	----	------

Informações laboratoriais complementares					
Tipos de exames (hematologia, bioquímica, líquido, sorologias, isolamento, exames de imagem, histopatologia, outros). Especificar resultados relevantes.					
Hemograma	Data da Coleta ____/____/____				
	Série vermelha	Hemácias mm ³	Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas
	Série branca	Leucócitos mm ³	Monócitos %	Linfócitos %	Neutrófilos % Eosinófilos %
Bioquímica (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)	Data da Coleta ____/____/____		Bilirrubina Total mg/dl	Bilirrubina Direta mg/dl	AST (TGO) UI
		Creatinina mg/dl	Provas de Coagulação		ALT (TGP) UI INR PT Uréia mg/dl PTT
Punção Lombar	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
	Data da Punção ____/____/____		Leucócitos mm ³	Neutrófilos %	Linfócitos %
	Citoquímica (Líquor)	Glicose mg	Proteínas mg	Cultura do líquido ou Latex	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não Especificar: _____
Deteção viral (Especifique o material analisado e o método utilizado para isolamento)	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Data da Coleta ____/____/____		<input type="checkbox"/> 1 - Sangue <input type="checkbox"/> 2 - Líquor <input type="checkbox"/> 3 - Tecido <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	PCR		<input type="checkbox"/> 1 - Positivo <input type="checkbox"/> 2 - Negativo <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Outros métodos

Realizada Autópsia?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
	Data ____/____/____		Anatomo-Patológico		Data ____/____/____
			<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Data ____/____/____
			<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		Data ____/____/____
ECG	Data do exame ____/____/____		RM	Data do exame ____/____/____	
EEG	Data do exame ____/____/____		ENMG	Data do exame ____/____/____	
RX	Data do exame ____/____/____		USG	Data do exame ____/____/____	
TC	Data do exame ____/____/____				
Informações complementares					
(Descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)					
Diagnóstico					
(Descreva apenas o diagnóstico final com o respectivo CID 10)					
Descrição			Código do CID 10		
Erros programáticos (procedimentos inadequados)					
<input type="checkbox"/> 1 - Tipo de imunobiológico utilizado <input type="checkbox"/> 2 - Via de administração <input type="checkbox"/> 3 - Diluição <input type="checkbox"/> 4 - Conservação <input type="checkbox"/> 5 - Fora da idade recomendada <input type="checkbox"/> 6 - Técnica de administração <input type="checkbox"/> 7 - Intervalo inadequado entre doses <input type="checkbox"/> 8 - Intervalo inadequado entre vacinas <input type="checkbox"/> 9 - Validade vencida <input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 11 - Outros - Especificar: _____					
Conclusão do caso					
Categoria do evento	Classificação por gravidade	EAPV grave	Classificação por causalidade		
<input type="checkbox"/> 1 - Reação vacinal <input type="checkbox"/> 2 - Erro programático <input type="checkbox"/> 3 - Coincidente (associação temporal) <input type="checkbox"/> 4 - Reação no local de aplicação <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Não graves (leves e moderados) <input type="checkbox"/> 2 - Grave	<input type="checkbox"/> 1 - Óbito <input type="checkbox"/> 2 - Ameaça à vida <input type="checkbox"/> 3 - Motivou ou prolongou a internação <input type="checkbox"/> 4 - Anomalias congênitas <input type="checkbox"/> 5 - Incapacidade <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Provável <input type="checkbox"/> 3 - Possível <input type="checkbox"/> 4 - Descartado (não relacionado) <input type="checkbox"/> 5 - Inconclusivo		
Evolução do caso	Data do óbito	Conduta frente ao esquema vacinal		Data de encerramento	
<input type="checkbox"/> 1 - Cura sem seqüelas <input type="checkbox"/> 2 - Cura com seqüelas <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por EAPV <input type="checkbox"/> 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 5 - Perda de seguimento <input type="checkbox"/> 6 - Não é EAPV	____/____/____ Declaração de Óbito _____ Declaração de nascido vivo _____	<input type="checkbox"/> 1 - Esquema mantido <input type="checkbox"/> 2 - Esquema mantido com precaução (ambiente hospitalar) <input type="checkbox"/> 3 - Contraindicação com substituição de esquema <input type="checkbox"/> 4 - Contraindicação sem substituição de esquema <input type="checkbox"/> 5 - Esquema encerrado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		____/____/____	
Responsável pelo preenchimento					
Nome		Função		Telefone de contato	
Município					
Unidade de Saúde				Telefone	
Assinatura				Data	
_____				____/____/____	