

Formulário para Notificação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (vacina, soro ou imunoglobulina) do Programa Estadual de Imunizações/RS

Dados da Unidade de Saúde que está notificando o Evento Adverso:

País:	UF:	CRS:	Município:
BRASIL	RS	2ª CRS	Porto Alegre
Nome da Unidade de Saúde:			
CNES:			

Dados da Unidade de Saúde que aplicou o imunobiológico (se for a mesma acima, pode deixar em branco):

País:	UF:	CRS:	Município:
BRASIL	RS	2ª CRS	Porto Alegre
Nome da Unidade de Saúde:			
CNES:			

Dados do paciente que apresentou o Evento Adverso:

Nome completo do paciente (não abreviar):		Data de nascimento:	
Idade:	Sexo:	Raça:	
Ocupação do paciente:		Nome da mãe do paciente:	
Paciente é gestante?	Se gestante, informe o mês da gestação:	Paciente está amamentando?	Paciente é criança em aleitamento materno?

Dados residenciais do paciente que apresentou o Evento Adverso:

Endereço:	Número:	Complemento:	Bairro:
País:	UF:	Município:	Telefone (com DDD):
Brasil	RS	Porto Alegre	

Dados sobre os imunobiológicos envolvidos no Evento Adverso:

Data Vacinação	Imunobiológico	Dose	Via	Laboratório	Lote	Validade

Descreva abaixo os antecedentes do paciente que tenham relevância para esta notificação (doenças preexistentes, medicamentos em uso, alergias, eventos adversos pós-vacinação prévios, transfusões sanguíneas recentes, viagens para locais com endemias recentes)

Dados sobre o Evento Adverso:

REAÇÕES LOCAIS

No caso de ocorrência de reação local, escreva na linha amarela abaixo qual vacina a causou:

Foi a vacina...

Dor, calor e/ou vermelhidão local		Úlcera maior que 1cm de diâmetro pós-BCG	
Enduração/nódulo		Abscesso frio (ver explicação na aba vermelha ao lado)	
Alergia no local da aplicação		Granuloma	

Abscesso quente com ou sem drenagem (significa infecção)		Edema (inchaço local)	
Atrofia (depressão no local da aplicação)		Outros (descrever no quadro mais abaixo)	
REAÇÕES SISTÊMICAS			
Febre MAIOR ou igual que 39,5º C		Fraqueza e/ou sonolência	
Febre menor que 39,5º C		Cianose (pele com coloração azulada por falta de oxigênio)	
Choro persistente (por mais de 3 horas seguidas)		Hipotonia/ Resposta diminuída a estímulos	
Mialgia (dores musculares)		Desmaio	
Cefaléia		Crise convulsiva febril	
Dor abdominal		Crise convulsiva SEM febre	
Náuseas e/ou vômitos		Linfadenomegalia (aumento de ínguas)	
Diarréia		Linfadenite (inflamação/ínguas vermelhas e quentes)	
Fezes com raias de sangue e/ou melena		Petéquias em todo corpo (alteração na coagulação)	
Invaginação intestinal		Meningite	
Coceira no corpo		Paralisia membros inferiores (não confundir com não mexer por dor!!!)	
Exantema generalizado (vermelhidão no corpo)		Paralisia membros superiores	
Urticária ("placas vermelhas" no corpo com coceira)		Paralisia face (Bell)	
Anafilaxia (alergia gravíssima com risco de vida)		Outro (descrever no quadro abaixo)	
*Tempo entre a aplicação e sintomas:		*Duração dos sintomas:	
Descreva abaixo o evento adverso ocorrido:			
Marque ao lado se o Evento Adverso descrito neste formulário foi decorrente de um Erro Programático ?			
Paciente recebeu atendimento médico devido ao Evento Adverso?			Tipo de atendimento:
Data:		Internou por mais de 24 h?	Data da alta:
No caso de internação, escreva o nome da instituição/hospital/posto:			
Se realizou exames complementares (laboratório ou imagem) descreva-os abaixo:			
Marque ao lado a evolução do paciente, caso o período de acompanhamento já esteja encerrado:			
Responsável pelo preenchimento deste formulário:			
Nome:		Função:	
Telefone (com DDD):	Município:		
	Porto Alegre		
Unidade de Saúde:			Data:
Encerramento do caso (USO EXCLUSIVO DO PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES):			
Diagnóstico do paciente:			
Classificação final:			
Condução esquema vacinal:	Vacina:		
	Vacina:		