



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização

Nº do formulário: 15485
Data da notificação: 15/02/2022
Data de início da investigação: 15/02/2022
Número do cartão SUS: 123456789012345

Formulário para Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação associados ao uso de Vacina, Soro ou Imunoglobulina

Dados de notificação									
País observacao		UF PI	Município observacao						
Unidade de saúde observacao									
Dados pessoais									
Nome completo do paciente observacao					Iniciais observacao		Data de nascimento 15/02/2022		
Idade 25 idade		Sexo 9 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		Raça 9 1 - Branca 2 - Negra 3 - Parda 4 - Indígena 5 - Amarela 9 - Ignorado					
Ocupação observacao				Nome completo da mãe observacao					
Gestante? 9 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Caso afirmativo qual mês de gestação no momento da vacinação? observacao meses		Mulheres amamentando? 9 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Criança em aleitamento materno? 9 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Dados residenciais									
Endereço (rua, praça, avenida, etc) observacao				Número 15485		Complemento observacao		Bairro/Distrito observacao	
Ponto de referência observacao				Zona 9 1 - Urbana 2 - Rural 9 - Ignorado		CEP 64000-000		Telefones (86)99999999 (86)99999999	
País observacao		UF PI	Município observacao						
Dados sobre a vacinação									
Data da vacinação	Imunobiológico(s) (indicar o nome como está no rótulo)	Dose aplicada (1ª, 2ª, 3ª doses; 1ª e 2ª reforços)	Via de administração (oral, IM, SC, ID)	Local de aplicação (deltóide, vasto lateral da coxa, glúteo, ventro-glúteo e oral)	Fabricante(s)	Nº Lote(s)	Validade		
15/02/2022	observacao	2	observacao	observacao	observacao	9	15/02/2022		
15/02/2022	observacao	2	observacao	observacao	observacao	9	15/02/2022		
15/02/2022	observacao	2	observacao	observacao	observacao	9	15/02/2022		
15/02/2022	observacao	2	observacao	observacao	observacao	9	15/02/2022		
15/02/2022	Diluyente(s)	2	observacao	observacao	observacao	9	15/02/2022		
15/02/2022	observacao	2	observacao	observacao	observacao	9	15/02/2022		
15/02/2022	observacao	2	observacao	observacao	observacao	9	15/02/2022		
15/02/2022	observacao	2	observacao	observacao	observacao	9	15/02/2022		
15/02/2022	observacao	2	observacao	observacao	observacao	9	15/02/2022		
Dados da unidade de saúde de administração/aplicação									
País observacao		UF PI	Município observacao						
Unidade de saúde observacao				Qual o motivo? 9 1 - Campanha 2 - Rotina 3 - Recomendação médica		Local de vacinação 9 1 - Rede pública 2 - Rede privada 9 - Ignorado			
História patológica pregressa									
Doenças pré-existentes? 9 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Caso afirmativo qual? 9 9 9 9 9		AIDS/HIV Alergia alimentar Especificar: observacao Alergia a medicamentos Especificar: observacao Diabetes Doença Auto-imune Especificar: observacao		Doença cardíaca Especificar: observacao Doença hepática Especificar: observacao Doença neurológica e ou psiquiátrica Especificar: observacao Doença pulmonar Especificar: observacao Outras Especificar: observacao			
Uso de medicação anterior a vacinação? 9 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Caso afirmativo qual? 9 9 9 9		Anticonvulsivante Antitérmico Corticóides Via: observacao Tempo de uso: observacao Imunoglobulinas		Medicamentos homeopáticos Quimioterapia, radioterapia Outros: observacao			

Fez transfusão de sangue nos últimos 15 dias? <input type="checkbox"/> 9 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		Caso afirmativo, data da transfusão 1 5 / 0 2 / 2 0 2 2				
História prévia de convulsões <input type="checkbox"/> 9 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		Caso afirmativo, qual tipo? <input type="checkbox"/> 9 1 – Convulsão febril 2 – Convulsão afebril 9 – Ignorado				
Alguns EAPV anterior à presente vacinação? <input type="checkbox"/> 9 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Caso afirmativo, qual EAPV anterior? observacao	Caso afirmativo, qual vacina administrada? observacao	Data de ocorrência de EAPV anterior 1 5 / 0 2 / 2 0 2 2			
Qual a conduta indicada na ocasião deste EAPV anterior? observacao		Fez uso de medicação em EAPV anterior? <input type="checkbox"/> 9 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado				
Se sim especifique observacao						
Antecedentes epidemiológicos						
Viajou nos últimos 15 dias? <input type="checkbox"/> 9 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		Caso afirmativo, data de ida 1 5 / 0 2 / 2 0 2 2				
Viagem <input type="checkbox"/> 9 1 – Nacional 2 – Internacional País: observacao		Caso afirmativo, data de volta 1 5 / 0 2 / 2 0 2 2				
UF PI	Município observacao					
Recebeu vacina(s) para viajar? <input type="checkbox"/> 9 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		Foi vacinado durante a viagem? <input type="checkbox"/> 9 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado				
Caso afirmativo, data da vacinação 1 5 / 0 2 / 2 0 2 2		Qual(is)? observacao				
Dados sobre EAPV						
Manifestações locais	<input checked="" type="checkbox"/> Abscesso frio	<input checked="" type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Linfadenomegalia > 3 cm supurada			
	<input checked="" type="checkbox"/> Abscesso com drenagem espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> Enduração	<input type="checkbox"/> Linfadenomegalia não supurada			
	<input checked="" type="checkbox"/> Abscesso quente	<input checked="" type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Rubor			
	<input checked="" type="checkbox"/> Atrofia no local de aplicação	<input checked="" type="checkbox"/> Exantema em local diferente da aplicação	<input checked="" type="checkbox"/> Úlcera			
	<input checked="" type="checkbox"/> Calor local	<input checked="" type="checkbox"/> Exantema generalizado	<input checked="" type="checkbox"/> Outras reações locais			
	<input checked="" type="checkbox"/> Celulite	<input type="checkbox"/> Linfadenite não supurada				
	<input checked="" type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Linfadenite supurada				
	Data de início do(s) sintoma(s) 1 5 / 0 2 / 2 0 2 2			Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica 9 dia(s) 9 hora(s) 9 minuto(s)		
Duração do evento 9 dia(s) 9 hora(s) 9 minuto(s)						
Manifestações clínicas sistêmicas	Pele/Mucosas					
	<input type="checkbox"/> Angiodema de lábios	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Púrpura			
	<input type="checkbox"/> Angiodema de laringe	<input type="checkbox"/> Hiperemia e coceira nos olhos	<input type="checkbox"/> Urticária generalizada			
	<input type="checkbox"/> Angiodema de língua	<input checked="" type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Urticária no local de aplicação			
	<input type="checkbox"/> Angiodema de membros	<input checked="" type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outro evento da pele ou mucosas			
	<input type="checkbox"/> Angiodema de olhos	<input checked="" type="checkbox"/> Petequias				
	<input type="checkbox"/> Angiodema generalizado	<input checked="" type="checkbox"/> Prurido				
	Cardiovasculares					
	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia			
	Respiratórias					
	<input checked="" type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Dor de garganta	<input checked="" type="checkbox"/> Sensação de fechamento de garganta			
	<input checked="" type="checkbox"/> Broncoespasmo/Laringoespasmo	<input type="checkbox"/> Espirros	<input type="checkbox"/> Taquipnéia			
	<input checked="" type="checkbox"/> Dificuldade de respirar	<input type="checkbox"/> Rinorréia	<input checked="" type="checkbox"/> Tiragem intercostal			
	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input checked="" type="checkbox"/> Rouquidão	<input type="checkbox"/> Tosse seca			
	Neurológicas					
	<input checked="" type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Convulsão tônico-clônica	<input checked="" type="checkbox"/> Paresia			
	<input type="checkbox"/> Alteração do nível de consciência	<input checked="" type="checkbox"/> Desmaio	<input checked="" type="checkbox"/> Parestesia			
	<input type="checkbox"/> Convulsão afebril	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotonia	<input type="checkbox"/> Resposta diminuída a estímulos			
	<input checked="" type="checkbox"/> Convulsão febril	<input checked="" type="checkbox"/> Letargia	<input type="checkbox"/> Sinais neurológicos focais ou multifocais			
	<input type="checkbox"/> Convulsão focal	<input checked="" type="checkbox"/> Não responde a estímulos	<input type="checkbox"/> Outros eventos neurológicos graves			
<input checked="" type="checkbox"/> Convulsão generalizada	<input type="checkbox"/> Paralisia de membros inferiores	<input type="checkbox"/> Outras paralisias				
Gastrointestinais						
<input checked="" type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Fezes com raia de sangue	<input type="checkbox"/> Náuseas				
<input checked="" type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Invaginação intestinal	<input type="checkbox"/> Vômitos				
<input checked="" type="checkbox"/> Enterorragia	<input type="checkbox"/> Melena					
Data de início do(s) sintoma(s) 1 5 / 0 2 / 2 0 2 2			Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica 9 dia(s) 9 hora(s) 9 minuto(s)			
Duração do evento 9 dia(s) 1 hora(s) 9 minuto(s)						
Outras manifestações	<input checked="" type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Evidências clínicas de sangramentos	<input checked="" type="checkbox"/> Mialgia			
	<input checked="" type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Fadiga	<input checked="" type="checkbox"/> Pancreatite			
	<input checked="" type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Febre igual ou maior a 39,5°	<input checked="" type="checkbox"/> Parotidite			
	<input checked="" type="checkbox"/> Cefaléia e vômito	<input checked="" type="checkbox"/> Febre menor que 39,5°	<input checked="" type="checkbox"/> Sonolência			
	<input checked="" type="checkbox"/> Choro persistente	<input type="checkbox"/> Hiperemia bilateral nos olhos	<input checked="" type="checkbox"/> Outras			
	<input type="checkbox"/> Dificuldade de deambular	<input checked="" type="checkbox"/> Hiperemia em articulações				
	<input checked="" type="checkbox"/> Edema articular	<input type="checkbox"/> Lesões decorrentes de disseminação BCG				
	Data de início do(s) sintoma(s) 1 5 / 0 2 / 2 0 2 2			Tempo entre a aplicação da vacina e a manifestação clínica 9 dia(s) 9 hora(s) 9 minuto(s)		
Duração do evento 9 dia(s) 9 hora(s) 9 minuto(s)						
Atendimento médico						
Recebeu atendimento médico? <input type="checkbox"/> 9 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Data do atendimento 1 5 / 0 2 / 2 0 2 2	Caso afirmativo, tipo de atendimento <input type="checkbox"/> 9 1 – Ambulatorial 2 – Domiciliar 3 – Hospitalar 9 – Ignorado	Ficou em observação? <input type="checkbox"/> 9 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado horas	Ficou em enfermaria? <input type="checkbox"/> 9 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado dias	Ficou em UTI? <input type="checkbox"/> 9 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado dias	Data da alta 15 / 02 / 2022
Nome do local de atendimento observacao				<input type="checkbox"/> 9 1 – Público 2 – privado 9 – Ignorado		
Município observacao				UF PI		

Informações laboratoriais complementares					
Tipos de exames (hematologia, bioquímica, líquido, sorologias, isolamento, exames de imagem, histopatologia, outros). Especificar resultados relevantes.					
Hemograma	Data da Coleta 15/02/2022				
	Série vermelha	Hemácias 99 mm3	Hemoglobina 99	Hematócrito 99	Plaquetas 99
	Série branca	Leucócitos 99 mm3	Monócitos 99 %	Linfócitos 99 %	Neutrófilos 99 % Eosinófilos 99 %
Bioquímica (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)	Bilirrubina Total 99 mg/dl		Bilirrubina Direta 99 mg/dl	AST (TGO) 99 UI	ALT (TGP) 99 UI
	Creatinina 99 mg/dl	Provas de Coagulação		INR 99	PT 99 Uréia 99 mg/dl PTT 99
Punção Lombar	<input type="checkbox"/> 1 – Sim <input type="checkbox"/> 2 – Não <input type="checkbox"/> 9 – Ignorado				
	Data da Punção 15/02/2022				
	Citoquímica (Líquor)	Leucócitos 99 mm3	Neutrófilos 99 %	Linfócitos 99 %	Cultura do líquido ou Latex <input type="checkbox"/> 1 – Sim Especificar: 99 2 – Não Bacterioscopia <input type="checkbox"/> 1 – Sim Especificar: observacao 2 – Não
Detecção 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 15/02/2022		
	PCR <input type="checkbox"/> 1 – Positivo 2 – Negativo 3 – Inconclusivo 9 – Ignorado		Outros métodos observacao		
Realizada Autópsia?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim <input type="checkbox"/> 2 – Não <input type="checkbox"/> 9 – Ignorado		Data 15/02/2022		
	Anatomo-Patológico	<input type="checkbox"/> 1 – Sim <input type="checkbox"/> 2 – Não <input type="checkbox"/> 9 – Ignorado	Data 15/02/2022		
	Histopatológico	<input type="checkbox"/> 1 – Sim <input type="checkbox"/> 2 – Não <input type="checkbox"/> 9 – Ignorado	Data 15/02/2022		
	Imunohistoquímica	<input type="checkbox"/> 1 – Sim <input type="checkbox"/> 2 – Não <input type="checkbox"/> 9 – Ignorado	Data 15/02/2022		
ECG	Data do exame 15/02/2022		RM	Data do exame 15/02/2022	
EEG	Data do exame 15/02/2022		ENMG	Data do exame 15/02/2022	
RX	Data do exame 15/02/2022		USG	Data do exame 15/02/2022	
TC	Data do exame 15/02/2022				
Informações complementares					
(Descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)					
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed euismod, urna id aliquet tristique, nunc nisl ultrices ipsum, nec lacinia nisl nunc a nunc. Sed euismod, urna id aliquet tristique, nunc nisl ultrices ipsum, nec lacinia nisl nunc a nunc. Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed euismod, urna id aliquet tristique, nunc nisl ultrices ipsum, nec lacinia nisl nunc a nunc. Sed euismod, urna id aliquet tristique, nunc nisl ultrices ipsum, nec lacinia nisl nunc a nunc. Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed euismod, urna id aliquet tristique, nunc nisl ultrices ipsum, nec lacinia nisl nunc a nunc. Sed euismod, urna id aliquet tristique, nunc nisl ultrices ipsum, nec lacinia nisl nunc a nunc. Sed euismod, urna id aliquet tristique, nunc nisl ultrices ipsum, nec lacinia nisl nunc a nunc. Sed euismod, urna id aliquet tristique, nunc nisl ultrices ipsum, nec lacinia nisl nunc a nunc.					
Diagnóstico					
(Descreva apenas o diagnóstico final com o respectivo CID 10)					
Descrição		Código do CID 10			
observacao		observacao			
observacao		observacao			
observacao		observacao			
observacao		observacao			
Erros programáticos (procedimentos inadequados)					
<div> <div> <input type="checkbox"/> 1 – Tipo de imunobiológico utilizado 2 – Via de administração 3 – Diluição 4 – Conservação 5 – Fora da idade recomendada </div> <div> 6 – Técnica de administração 7 – Intervalo inadequado entre doses 8 – Intervalo inadequado entre vacinas 9 – Validade vencida </div> <div> 10 – Não se aplica 11 – Outros - Especificar: observacao </div> </div>					
Conclusão do caso					
Evolução do caso	Data do óbito	Conduta frente ao esquema vacinal		Data de encerramento	
<input type="checkbox"/> 1 – Cura sem seqüelas 2 – Cura com seqüelas 3 – Óbito por EAPV 4 – Óbito por outras causas 5 – Perda de seguimento 6 – Não é EAPV	15/02/2022 Declaração de Óbito observacao Declaração de nascido vivo observacao	<input type="checkbox"/> 1 – Esquema mantido 2 – Esquema mantido com precaução (ambiente hospitalar) 3 – Contraindicação com substituição de esquema 4 – Contraindicação sem substituição de esquema 5 – Esquema encerrado 9 – Ignorado		15/02/2022	
Responsável pelo preenchimento					
Nome		Função		Telefone de contato	
observacao		observacao		8699999999	
Município					
observacao					
Unidade de Saúde				Telefone	
observacao				8699999999	
Assinatura				Data	
observacao				15/02/2022	