

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍVEIS À VACINAÇÃO OU IMUNIZAÇÃO- ESAVI

### Formulário de Cadastro do Paciente

Cartão SUS: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nomeda mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Raça/Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Ignorado

Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone 1:( ) \_\_\_\_\_ Telefone 2:( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Data da Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Item de Notificação:

Data da Aplicação	Estratégia*	Vacina(s) administrada(s) que gerou a notificação	Dose **	Laboratório	Lote	Via Administração ***	Local de Administração ****	Unidade resp. pela administração da vacina

\*Estratégia (Rotina / Especial / Bloqueio / Intensificação / Campanha / Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal)

\*\*Dose (D1 - 1ª Dose / D2 - 2ª Dose / D3 - 3ª Dose / R1 - 1º Reforço / R2 - 2º Reforço / D - Dose / DU - Única / REV - Revacinação/ DA - Dose Adicional)

\*\*\* Via Administração (VO - Oral / IM - Intramuscular / SC - Subcutânea / ID - Intradérmica)

\*\*\*\*Local de Administração (DD - Deltóide Direito / DE - Deltóide Esquerdo / VLD - Vasto Lateral da Coxa Direita / VLE - Vasto Lateral da Coxa Esquerda / VGD - Vento glúteo Direito / VGE - Vento glúteo Esquerdo / FEE - Face Externa Superior do Braço Esquerdo / FED - Face Externa Superior do Braço Direito)

### Gestante:

Sim  Não  Ignorado

Mês de gestação no momentoda vacinação: \_\_\_\_\_

### Mulher Amamentando:

Sim  Não

### Criança em Aleitamento Materno:

Sim  Não

### Classificação:

Não Grave (EANG) - Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de eventos supostamente atribuíveis à vacinação;

Grave (EAG)- Vide Anexo;

Erro de Imunização (EI);

Erro de Imunização (EI) com Evento Adverso

### Responsável pelo Preenchimento da Notificação:

Nome do estabelecimento: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

Nome do profissional: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Contatos telefônicos: ( ) \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

## Formulário de Investigação:

### Antecedentes:

Relato sobre ESAVI anterior à presente vacinação (Informar qual vacina, sinal ou sintoma e conduta)

Doenças Pré-existentes?  Sim  Não  Ignorado

(Caso sim, especificar no espaço abaixo)

Alguma(s) medicação(ões) em uso?  Sim  Não  Ignorado

(Caso sim, especificar o uso Nome do medicamento, posologia, tempo de uso)

Viajou nos últimos 15 dias?  Sim  Não  Ignorado Data de Início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data Término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

### EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍVEIS À VACINAÇÃO OU IMUNIZAÇÃO- ESAVI

Descrever em detalhes, incluindo data de início de cada evento ocorrido, data de término e duração e se está em acompanhamento médico.

### Narrativa do caso e outras informações

ATENDIMENTO MÉDICO?  Sim  Não  Ignorado

Ambulatório/Consultório  Observação(permanência na unidade de saúde por até 24 horas)  Hospitalização(permanência na unidade de saúde por tempo maior que 24 horas)  Unidade de Terapia Intensiva(UTI)  Atendimento Virtual – Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

CNES estabelecimento: \_\_\_\_\_ Nome do estabelecimento: \_\_\_\_\_

Data da internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

## EXAMES COMPLEMENTARES: Testes e procedimentos

Descrever os exames relevantes, com data da realização, resultado e observações

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES** (descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)

**DIAGNÓSTICO(S) FINAL(IS):**

## EVOLUÇÃO

Cura sem sequelas     Cura com sequelas     Óbito Declaração de óbito: \_\_\_\_\_

Data do óbito: \_\_\_\_\_

Não é ESAVI     Perdeu seguimento     Em Acompanhamento

### Responsável pelo Preenchimento da Investigação:

CNES: \_\_\_\_\_ Nome do estabelecimento : \_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Telefone:( ) \_\_\_\_\_ Celular:( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

## Formulário de Encerramento:

### CLASSIFICAÇÃO FINAL:

- EA Não Grave(EANG);  EA Grave (EAG) – VideAnexoI;  Erro de Imunização(EI);  Erro de Imunização (EI) com Evento Adverso;  
 Inclassificável.

### CONDUTA FRENTE AO(S) ERRO(S) DE IMUNIZAÇÃO (EI) E DOSES:

- Dose considerada válida;  
 Dose considerada inválida  
 Repetir a dose única o mais rápido possível;  
 Repetir a dose o mais rápido possível considerando intervalo mínimo;  
 Repetir a dose com aprazamento de reforço;  
 Acompanhamento com dosagem de anticorpos;

**ENCERRAMENTO FINAL:** Preencher a tabela abaixo, utilizando a legenda descrita a seguir:

### CONDUTA FRENTE AO ESQUEMA VACINAL:

- Esquema Mantido;  
 Esquema mantido com precaução(\*);  
 Contra indicação com substituição do esquema;   
Contra indicação sem substituição do esquema;   
Esquema encerrado;  
 Suspensão da vacina por 10 anos;   
Ignorado;  
 Outros – especificar: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAÇÃO DE CAUSALIDADES (COORDENAÇÕES MUNICIPAIS/ ESTADUAIS):

#### 1 Informação disponível adequada:

##### A Consistente

A.1-Reações inerentes ao produto, conforme literatura

A.1.1-Associação a mais que uma vacina

A.2-Reações inerentes a qualidade do produto (desvio de qualidade- vide anexo II) A.3-

Erros de imunização (EI)

A.4- Reações de Ansiedade associada à imunização

##### B Indeterminada

B.1-Reação temporal consistente, mas sem evidências na literatura para se estabelecer uma relação causal; B.2- Os dados da investigação são conflitantes em relação à causalidade

##### C Inconsistente/Coincidente

Condições preexistentes ou emergentes causadas por outros fatores e não por vacinas

#### 2 Informação disponível inadequada:

##### D Inclassificável

### ANEXO

### I – Definição de Evento Adverso Grave:

- Requer hospitalização;
- Qualquer evento clinicamente relevante que possa comprometer o paciente, ou seja, que ocasione risco de morte e que requer intervenção clínica imediata para se evitar o óbito;
- Ocasione disfunção significativa e ou incapacidade permanente;
- Resulte em anomalia congênita;
- Ocasione o óbito.