

Formulário de Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinais

Dados do paciente						
Código CNS						
Nome						Sexo
						F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento						Zona de Residência
/ /						Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>
Endereço			Bairro			
Nº	CEP	Município	UF res.		País	

Dados de vacinação						
Data de Vacinação	Imunobiológico	Laboratório	Lote	Dose	Via e local de aplicação	Data de vencimento

História médica progressa	
1	Gestante
2	Recém nascido em aleitamento exclusivo
3	Apresenta alguma doença aguda no momento?Especifique
4	Faz uso de medicação?Especifique
5	Portador de doenças prévias?Especifique
6	Antecedentes familiares(doença neurológica,imunodeficiência,etc)Especifique
7	Apresentou evento adverso em vacinação ou dose anterior?Especifique

Requeru hospitalização?
 Sim Não Nome do hospital: _____ Código da unidade: _____ UF: _____
 Data da internação: _____ Data da alta: _____
 Município: _____ Código do município: _____ / / _____ / / _____

Descrição dos eventos adversos pós-vacinação:			
Reações locais ou próximas ao local de aplicação	Nº	(X)	Tipo
	1	<input type="checkbox"/>	Abcesso local frio
2	<input type="checkbox"/>	Abcesso local quente	
3	<input type="checkbox"/>	Aumento de sensibilidade no local de aplicação	
4	<input type="checkbox"/>	Calor	
5	<input type="checkbox"/>	Celulite	
6	<input type="checkbox"/>	Dor	Intervalo em: _____ min _____ h _____ dias, desde a vacinação até o aparecimento dos primeiros sintomas
7	<input type="checkbox"/>	Drenagem cirúrgica	
8	<input type="checkbox"/>	Drenagem espontânea	
9	<input type="checkbox"/>	Edema	
10	<input type="checkbox"/>	Endurado	
11	<input type="checkbox"/>	Eritema	Local de aplicação(ex.vasto lateral, deltóide, etc)
12	<input type="checkbox"/>	Linfadenite	
13	<input type="checkbox"/>	Linfadenopatia regional	
14	<input type="checkbox"/>	Nódulo	
15	<input type="checkbox"/>	Presença de flutuação	
16	<input type="checkbox"/>	Rash	
17	<input type="checkbox"/>	Úlcera	
18	<input type="checkbox"/>	Outro _____	

		Nº	(X)	Tipo	Tipo
Anafilaxia e Outros eventos Alérgicos	Pele/mucosas	19		Urticária no local de aplicação	Duração em: _____ min _____ h _____ dias, desde o aparecimento até a resolução
		20		Urticária generalizada	
		21		Prurido	
		22		Hiperemia e coceira nos olhos	
		23		Angiodema generalizado	
		24		Angiodema de língua	
		25		Angiodema de laringe	
		26		Angiodema de lábios	
		27		Angiodema de olhos	
	28		Angiodema de membros		
	29		Outro _____		
	Cardiovascular	30		Hipotensão	Intervalo em: _____ min _____ h _____ dias, desde a vacinação até o aparecimento dos primeiros sintomas
		31		Enchimento Capilar >3seg	
		32		Taquicardia	
	Respiratório	33		Espirros	
		34		Rinorréia	
35			Rouquidão		
36			Sensação de fechamento de garganta		
37			Tosse seca		
38			Taquipnéia		
39			Broncoespasmo (chiado)		
40			Tiragem intercostal		
Gastrointestinal	41		Gemência		
	42		Cianose		
	43		Diarréia		
	44		Dor abdominal		
	45		Náuseas		
	46		Vômitos		
Eventos Neurológicos	47		Meningite	Detalhes das convulsões(marque (X)):	
	48		Encefalopatia/Encefalite	Testemunhada por profissional de saúde	
	49		Síndrome de Guillain-Barré (SGB)	Focal	
	50		Convulsões	Generalizada	
	51		Outras paralisias _____	Tônica	
	52		Outros diagnósticos neurológicos _____	Tônico-clônica	
	53		Depressão	Atônica	
	54		Alteração do nível de consciência	História prévia de convulsões:	
	55		Letargia ou alteração de personalidade	Febril	
	56		Sinais neurológicos focais ou multifocais	Afebril	
	57		Alteração em líquido cefalorraquidiano	Desconhecido	
	Outros eventos de interesse	58		Anormalidade em neuroimagem	Duração em: _____ min _____ h _____ dias, desde o aparecimento até a resolução
59			Anormalidade em eletroencefalografia	Intervalo em: _____ min _____ h _____ dias, desde a vacinação até o aparecimento dos primeiros sintomas	
60			Episódio hipotônico hiporreseponsivo < 2 anos de idade	Duração em: _____ min _____ h _____ dias, desde o aparecimento até a resolução	
61			Hipotonia		
62			Palidez/cianose		
63			Resposta diminuída a estímulos/não responde		
64			Choro persistente contínuo/inalterado por mais de 3 hrs)		
65			Rash em local diferente da aplicação		
66			Rash generalizado		
67			Intussuscepção	Intervalo em: _____ min _____ h _____ dias, desde a vacinação até o aparecimento dos primeiros sintomas	
68			Artrite		
69		Hiperemia em articulações			
70		Calor local			
71		Edema articular			
72		Líquido sinovial com características inflamatórias			
73		Parotidite(dolorimento e inchaço de glândulas parótidas)			
74		Trombocitopenia			
75		Evidências clínicas de sangramentos			
76		Contagem de plaquetas <150.000			
77		Síndrome óculo-respiratória			

