

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO  
DO PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES/RS**

**CADASTRO DO PACIENTE**

Cartão SUS:							
Nome:						Nascimento:	
Idade:		Sexo:	F	Raça:			
Tipo documento:		Nº:		Nome da mãe:			
Logradouro:						Zona:	
Nº:		Complemento:		Bairro:			
CEP:		CRS:	1ª	Telefone:			
Município:			UF:	RS	País:	Brasil	
E-mail:				Tel. Contato:			

**NOTIFICAÇÃO**

Data da notificação:

Item de notificação:

Data de aplicação						
Estratégia						
Imunobiológico						
Dose						
Laboratório						
Lote						
Data de validade						
Via administração						
Local aplicação						
Indicação						
Especialidade						
Estabelecimento			Município:		CRS:	

Gestante:		Mês de gestação:	
Mulher amamentando:		Criança em aleit. materno:	Sim

Evento adverso (descrever):

--

Classificação:	
----------------	--

**Responsável pelo preenchimento da notificação**

Estabelecimento:		CNES:	
Endereço:		Município:	
Responsável:		Telefone:	
E-mail:		Celular:	

**INVESTIGAÇÃO**

Data da investigação:

Algum EAPV anterior à presente vacinação?

Data	Imunobiológico	EAPV	Conduta

Doenças pré-existentes:		Qual:			
Medicações em uso:		Qual:		Nome genérico:	
	Via administração:		Início:		Término:
Transusão de sangue nos últimos 28 dias:			Data:		
Viagem nos últimos 15 dias:			Início:		Término:
	Local:				
História prévia de convulsões:			Tipo:		

EAPV atual

Manifestações locais:					
Manifestações locais:					
Manifestações locais:					
Manifestações locais:					
Tempo de início dos sintomas:		Data início:		Data término:	

Manifestações clínicas sistêmicas/pele e mucosas:					
Manifestações clínicas sistêmicas/pele e mucosas:					
Manifestações clínicas sistêmicas/pele e mucosas:					
Manifestações clínicas sistêmicas/pele e mucosas:					
Tempo de início dos sintomas:		Data início:		Data término:	

Manifestações clínicas sistêmicas/cardiovasculares:					
Manifestações clínicas sistêmicas/cardiovasculares:					
Tempo de início dos sintomas:		Data início:		Data término:	

Manifestações clínicas sistêmicas/respiratórias:					
Manifestações clínicas sistêmicas/respiratórias:					
Manifestações clínicas sistêmicas/respiratórias:					
Manifestações clínicas sistêmicas/respiratórias:					
Tempo de início dos sintomas:		Data início:		Data término:	

Manifestações clínicas sistêmicas/neurológicas:	Desmaio				
Manifestações clínicas sistêmicas/neurológicas:					
Manifestações clínicas sistêmicas/neurológicas:					
Manifestações clínicas sistêmicas/neurológicas:					
Tempo de início dos sintomas:		Data início:		Data término:	

Manifestações clínicas sistêmicas/gaстрintestinais:					
Manifestações clínicas sistêmicas/gaстрintestinais:					
Manifestações clínicas sistêmicas/gaстрintestinais:					
Manifestações clínicas sistêmicas/gaстрintestinais:					
Tempo de início dos sintomas:		Data início:		Data término:	

Outras manifestações:					
Outras manifestações:					

Outras manifestações:					
Tempo de início dos sintomas:		Data início:		Data término:	

Outras manifestações (descrever):					
Tempo de início dos sintomas:		Data início:		Data término:	

Atendimento médico:	Não	Tipo de atendimento:		
Unidade de Saúde:			CNES:	
Município:			UF:	
Data atendimento:		Data alta:		
Informações complementares:				

--	--	--	--	--

Exames:

Exame	Data	Resultado
Hemograma		
Bioquímica		
Punção Lombar		
Urina		
Detecção viral		
Imunologia		
Eletroencefalograma		
RaioX		
Tomografia Comp.		
Ressonância Magn.		
Eletroneuromiografia		
Outro (especificar)		

Diagnóstico (WHOART):

Outros (ver lista do WHOART):	

Evolução:	
-----------	--

**Responsável pelo preenchimento da investigação**

Estabelecimento:		CNES:	
Endereço:		Município:	
Responsável:		Telefone:	
E-mail:		Celular:	

**ENCERRAMENTO**

Data do encerramento:

Classificação final:	
----------------------	--

Diagnóstico final:	
Diagnóstico final (outros):	

**Encerramento final:**

Imunobiológico	Diagnóstico	Conduta	Causalidade

**Responsável pelo preenchimento do encerramento**

Estabelecimento:	Centro Estadual de Vigilância em Saúde	Município:	Porto Alegre
Endereço:	Rua Domingos Crescêncio, 132	Telefone:	(51) 39011116
Responsável:	Vigilância de Eventos Adversos Pós Vacinação		
E-mail:	eventoadverso@saude.rs.gov.br		