



FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

Formulário de Cadastro do Paciente

NOME: _____ CPF: _____ CNS: _____
NOME DA MÃE: _____ DN: ___/___/___ RAÇA: _____
SEXO: () Masc () Fem CEP: _____ END: _____
MUNICÍPIO: _____ TELEFONE: _____ PROFISSÃO _____

Formulário de Notificação

Data da Notificação: ___/___/___

Item da Notificação:

Data Aplicação	Hora da aplicação	Estratégia (campanha/rotina)	Imunobiológico	Dose	Laboratório	Lote	Validade	Via administração	Local Aplicação

() Evento por reações adversas () Evento por erro de Imunização

Gestante:
() sim () não
trimestre: _____

Mulher Amamentando:
() sim () não

Criança em Aleitamento Materno
() sim () não

Descrição do Evento	Data de Início	Hora de Início	Data do Término	Hora do Término	Classificação (grave/não grave)

Descrição do Caso (descrever em detalhes, incluindo data e hora do início, data término e duração)

Viajou nos últimos 15 dias:

() Sim () Não

Se sim, descreva:

Local: _____ Data Início: ___/___/___ Data Término ___/___/___ País: _____

Estado: _____ Município: _____

Teve algum evento adversos anterior à presente vacinação?

() Sim () Não

Descreva: _____

Doenças Pré-existentes

Medicamento em uso anterior ou durante a vacinação

_____; _____;
_____; _____;

Houve atendimento médico

() Sim () Não

Tipo de atendimento:

() Ambulatorial () observação (permanência por ate 24 horas) () Internação () UTI

CNES do estabelecimento: _____ Nome do Estabelecimento _____

Município: _____ Data da Alta: _____

Diagnostico:

Exames complementares:

Nome exame: _____ Resultado: _____ Data da realização: ___/___/___

Nome exame: _____ Resultado: _____ Data da realização: ___/___/___

Evolução:

() Cura sem sequelas () Cura com sequelas () Óbito

Data do óbito: _____

Responsável pelo preenchimento:

Nome do Estabelecimento: _____ CNES: _____

Nome do Profissional: _____ Ocupação: _____

Telefone: _____ CPF: _____ Data da Investigação: ___/___/___