

Ficha de Acompanhamento de Crianças Inadvertidamente Vacinadas (fora da faixa etária recomendada) com a
Vacina Oral de Rotavírus Humano - VORH

Crianças que devem ser acompanhadas:

Para 1ª dose: menores de 1 mês e 15 dias de idade e maiores de 3 meses e 15 dias de idade

Para 2ª dose: menores de 3 meses e 15 dias e maiores de 7 meses e 29 dias de idade ou aquelas crianças que receberam a 2ª dose antes de 4 semanas da 1ª dose.

Dados da fonte notificadora		
Estado:	Regional:	Município:
Notificante:		Nº CNES*:
Unidade de saúde:		
Data da notificação da administração inadvertida: ____/____/____		Data de início do acompanhamento: ____/____/____
Informações pessoais da criança vacinada inadvertidamente		
Nome completo:		
Nome do responsável:		
Data de nascimento: ____/____/____		Sexo: masculino <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/>
Endereço:		Cidade:
Estado:	Telefone para contato: ()	
Dados da Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH)		
Dose administrada: 1ª dose <input type="checkbox"/> 2ª dose <input type="checkbox"/>		
Data da administração da vacinação: ____/____/____		Lote da vacina: _____
Idade no momento da administração da vacina: mês _____ dias _____		
Foi registrada no API? : sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> Se sim, em qual coluna? 2M <input type="checkbox"/> 3M <input type="checkbox"/> 4M <input type="checkbox"/> 5M <input type="checkbox"/>		
1ª visita: ____/____/____ Observações:		
2ª visita: ____/____/____ Observações:		
3ª visita: ____/____/____ Observações:		
4ª visita: ____/____/____ Observações:		

* Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde

No item **Observações**, deverão ser registradas 4 visitas semanais (30 dias), para acompanhamento da criança. Se a criança apresentar algum sintoma (**febre, tosse, coriza, diarreia, vômitos, outros**) deverá ser encaminhada ao serviço de saúde de referência para avaliação, devendo ser preenchido a Ficha de Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação. Na ocorrência de invaginação intestinal preencher a Ficha de Investigação de Invaginação Intestinal.

Outros sinais ou sintomas referidos devem ser avaliados e investigados, conforme as orientações do Manual de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação.

Ficha de Investigação de Invaginação Intestinal

Dados da Fonte Notificadora		
Estado:	Regional:	Município:
Unidade de Saúde: _____		Nº CNES*: _____ Nº do Prontuário: _____
Data de Notificação: ____/____/____		Data de início da investigação: ____/____/____
Informações Pessoais		
Nome completo: _____		
Nome do responsável: _____		
Data de nascimento: ____/____/____		Sexo: masculino <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/>
Etnia: Caucasiana (branca) <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/>		
Endereço: _____		
Cidade: _____ Estado: ____		Telefone para contato: () _____
Informações do Nascimento		
Idade gestacional ao nascer: _____ semanas		Peso ao nascer (gramas) _____ Estatura _____ Peso ao diagnóstico (gramas) _____ Estatura: _____
Histórico Alimentar		
Aleitamento materno exclusivo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Se não, listar alimentos introduzidos na dieta: _____ _____ _____

Informações Clínicas						
Data da 1ª dose: ____/____/____ Data da 2ª dose: ____/____/____ Data de Início dos Sintomas: ____/____/____						
Vômitos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se vômitos, biliosos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Dor Abdominal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Eliminação de sangue pelo reto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Eliminação de fezes com sangue (geléia de morango): Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Letargia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Palidez: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Hipotensão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Choque: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Presença de sangue ao toque retal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Presença de massa abdominal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Distensão abdominal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Presença de massa retal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Atendimento Médico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			Data do atendimento: ____/____/____			
Ficou em observação? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			Data da Observação: ____/____/____			Quantas Horas?
Hospitalização (+ 24h)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			Data Internação: ____/____/____			
Enfermaria: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			Data Entrada: ____/____/____		Data Saída: ____/____/____	
UTI: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			Data Entrada: ____/____/____		Data Saída: ____/____/____	
Fez uso de alguma medicação durante o atendimento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>						
Se Sim, qual?						
Foi realizado procedimento cirúrgico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			Data do procedimento: ____/____/____			
Tipo de cirurgia:						
Exames por imagem						
Tipo	Realização		Data do Exame	Resultados Relevantes		
Rx Simples de Abdome	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>					
Enema Opaco	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>					
Ultra-Sonografia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>					
Histopatologia (depois da cirurgia)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>					
Outros (Especifique)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>					
Informações Vacinais Antecedentes						
Apenas vacinas recebidas no mesmo dia que a Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH), exceto Vacina contra Poliomielite Oral (Sabin).						
Vacina aplicada	Data da aplicação	Dose (1ª, 2ª, 3ª, 1º ou 2º ref.).	Local de aplicação	Via de aplicação	Laboratório	Lote
Dados da Unidade de Saúde/Sala de Vacina						
Estado: _____	Regional de Saúde: _____			Município: _____		
Unidade de Saúde: _____						
Nº CNES*: _____						

Antecedentes	
A criança apresentava alguma das condições gastrointestinais predisponentes descritas abaixo?	
Malformação congênita do intestino (duplicação, má rotação, gastroduque): Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Cirurgia intrabdominal prévia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>
Pólipo intestinal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Divertículo de Meckel: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>
Malformação vascular: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Fibrose cística: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>
Doença de Hirschsprung: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Outro: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>
Invaginação prévia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, descrever: _____ _____	
Alguma doença com acompanhamento médico (cardíaca, pulmonar, neurológica, reumática, alergia, outras) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
Especificar a doença: _____	
Resolução (tratamento) da invaginação intestinal	
Incruenta: por enema orientado por Rx <input type="checkbox"/> Ultra-som <input type="checkbox"/> Cirurgia: sem ressecção <input type="checkbox"/> com ressecção <input type="checkbox"/>	
Informações em Caso de Óbito	
Data do óbito: ____/____/____	Necrópsia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>
Resultado da necrópsia: _____	
Causa básica do óbito (Declaração de Óbito): _____	
Dados do Investigador	
Nome: _____	Função: _____
Telefone de contato do investigador: _____	Ass: _____

- Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Informações para o preenchimento da Ficha de Investigação de Invaginação Intestinal

Nota: O presente informativo presta-se a esclarecer dúvidas quanto ao preenchimento de campos críticos da Ficha de Investigação de Invaginação Intestinal.

Dados da Fonte Notificadora: Auto-explicativo

Informações Pessoais: Auto-explicativo

Informações do nascimento:

Idade gestacional ao nascer: Preencher este campo considerando semanas de vida da criança;
Peso ao nascer e estatura (registrados no nascimento); peso ao diagnóstico e estatura (registrados no momento da consulta médica) preenchidos, respectivamente, em gramas e centímetros.

Histórico Alimentar: Auto-explicativo

Informações Clínicas: Auto-explicativo

Exames por Imagem: Informações obtidas por meio de relatório ou prontuário médico.

Informações Vacinais Antecedentes: Listar na tabela a(s) vacina(s) recebida(s) no mesmo dia da administração da VORH, observando-se: qual vacina foi aplicada, a data da aplicação, qual dose recebida (1ª, 2ª, 3ª ou reforço), local da aplicação (vasto lateral da coxa, deltóide), via de administração (subcutânea, intramuscular), nome do laboratório fabricante e o lote de cada vacina.
Observação: Registrar apenas vacinas recebidas no mesmo dia que a Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH), exceto a Vacina contra Poliomielite Oral (Sabin).

Dados da Unidade de Saúde: Auto-explicativo.