



NOTIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTO INADEQUADO EM VACINAÇÃO

DADOS GERAIS		DADOS PESSOAIS		DADOS DE RESIDÊNCIA		DADOS DA OCORRÊNCIA		DADOS DO VACINADOR		DADOS CLÍNICOS E EVOLUÇÃO	
1. Município de ocorrência				2. Código (IBGE)		3. Data da notificação					
4. Unidade de Saúde de ocorrência				5. Código (CNES)							
6. Nome do Paciente				7. Número do Cartão do SUS							
8. Data de Nascimento ____/____/____		9. Sexo 1-Masc. <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		10. Raça/cor 1-Branca 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena 9-Ignorada		11. Escolaridade (em anos de estudo) 1- Nenhum 2- De 1 a 3 3- De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4- De 8 a 11 5- De 12 e mais 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado					
12. Nome da mãe											
13. Logradouro (rua, avenida...)				14. Nº		15. Complemento (apartamento, casa...)					
16. Bairro				17. Ponto de Referência		18. CEP					
19. Município de Residência				20. Código (IBGE)		21. Código UF					
22. Telefone		23. Zona 1-urbana 2-rural 3-urbana/rural 9- ignorada		24. País (se reside fora do Brasil)							
25. Imunobiológico Aplicado (ver lista de códigos no verso) <input type="checkbox"/>		26. Data da Aplicação ____/____/____		27. Dose 1- 1ª dose 2- 2ªdose 3- 3ªdose <input type="checkbox"/> 4- 4ªdose 5- reforço 6- Outra <input type="checkbox"/>							
28. Via de administração 1-Intramuscular 2-Subcutânea 3-Intradérmica 4-Oral 5-Endovenosa <input type="checkbox"/>				29. Volume da dose aplicada _____ (ml) _____ gotas _____ cápsula							
30. Situação que ocorreu o procedimento <input type="checkbox"/> 1-Rotina 2-Bloqueio 3-Campanha 4- Outra		31. Procedimento inadequado relacionado à: 1- Imunobiológico incorreto 2- Diluição 3- Validade vencida 4- Volume da dose <input type="checkbox"/> 5- Conservação 6- Via de administração 7- Fora da faixa etária 8- Tipo de agulha 9 - Intervalo mínimo entre doses 10- outro (especifique):									
32. Formação profissional <input type="checkbox"/> 1- Técnico de enfermagem 2- Auxiliar de enfermagem 3- Enfermeiro 4- outro (especificar) _____		33. Tempo de Formação (em anos) 1- < 1 ano 2- De 1 a 4 3- De 5 a 10 4- 11 e mais <input type="checkbox"/>		34. Tempo de atuação em sala de vacina (em anos) 1- < 1 ano 2- De 1 a 4 3- De 5 a 10 4- 11 e mais <input type="checkbox"/>							
35. Fez curso de capacitação em sala de vacina? 1- Sim 2- Não <input type="checkbox"/>		36. Se fez curso de capacitação em sala de vacina, há quanto tempo fez o último curso? 1- < 1 ano 2- De 1 a 4 anos 3- De 5 a 10 anos 4- 11 anos e mais <input type="checkbox"/>									
37. Apresentou sinais/sintomas decorrentes do procedimento incorreto? <input type="checkbox"/> 1-Sim (preencher e anexar ficha de EAPV) 2- Não 9- Ignorado		38. Qual o tipo de atendimento médico prestado ao paciente? 1-Não necessitou de atendimento <input type="checkbox"/> 2-Ambulatorial 3-Internação/hospitalização 4-Ambulatório/Internação/hospitalização 9- Ignorado		39. Se houve Internação/hospitalização Data da internação ____/____/____ Data da Alta ____/____/____							
40. Classificação do comprometimento <input type="checkbox"/> 1- Leve (sem consequências debilitantes ou incapacitantes) 2- Moderado (reação ou consequência discreta ou temporária) 3- Grave (reação sistêmica com internação, debilidade permanente de algum membro, sentido ou função...) 4- Gravíssimo (incapacidade permanente, enfermidade incurável, perda ou inutilidade do membro, sentido ou função) 5- Outro. Especificar _____ 9- Ignorado				41. Evolução final <input type="checkbox"/> 1- Cura sem seqüela 2- Cura com seqüela 3- Óbito 9- Ignorado							
Relato resumido do caso:											
Nome do Notificante				Função				Assinatura			
RECOMENDAÇÃO DE CONDUTA (Para ser preenchido pela Gerência Regional de Saúde em consenso com a GEVIM/DIVE/SES/SC)											

NOTIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTO INADEQUADO EM VACINAÇÃO

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

- 1 - Preencher com o nome completo do município onde o imunobiológico foi administrado (ocorrência).
- 2 - Preencher com o código correspondente do município segundo cadastro do IBGE.
- 3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação.
- 4 - Preencher com o nome completo da unidade de saúde onde o imunobiológico foi administrado (ocorrência).
- 5 - Preencher com código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde CNES da unidade de saúde
- 6 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações).
- 7 - Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde SUS.
- 8 - Preencher com a data de nascimento do paciente de forma completa.
- 9 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado).
- 10 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que declarou-se de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
- 11 - Preencher com o código correspondente aos anos de estudo: 1) Nenhum; 2) De 1 a 3 anos; 3) De 4 a 7 anos; 4) De 8 a 11 anos; 5) 12 anos e mais.
- 12 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
- 13 - Anotar o tipo e nome completo correspondente do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente, se for indígena anotar o nome da aldeia.
- 14 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente.
- 15 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco, apto, lote, casa, etc.).
- 16 - Anotar o nome do bairro de residência do paciente.
- 17 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente.
- 18 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente.
- 19 - Anotar o nome do município da residência do paciente.
- 20 - Anotar o código correspondente segundo cadastro do IBGE da residência do paciente.
- 21 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente.
- 22 - Anotar DDD e telefone do paciente.
- 23 - Zona de residência do paciente, (1= área com características estritamente urbana; 2= área com características estritamente rural; 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha a uma área urbana).
- 24 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.
- 25 - Anotar o código do Imunobiológicos aplicado. (Lista abaixo)
- 26 - Anotar a data de aplicação do Imunobiológico.
- 27 - Anotar o código da dose do Imunobiológico aplicado: 1) 1ª Dose; 2) 2ª Dose; 3) 3ª Dose; 4) 4ª Dose; 5) Reforço; 6) Outra.
- 28 - Anotar o código da via de administração do Imunobiológico aplicado: 1) Intramuscular; 2) Subcutânea; 3) Intradérmica; 4) Oral; 5) Endovenosa.
- 29 - Anotar o volume do Imunobiológico aplicado: em ml ou gotas ou cápsula.
- 30 - Anotar o código da situação em que ocorreu o procedimento em vacinação: 1) Rotina; 2) Bloqueio; 3) Campanha; 4) Outra.
- 31 - Anotar o código do tipo de procedimento inadequado em vacinação: 1) Imunobiológico incorreto; 2) Diluição; 3) Validade vencida; 4) Volume da dose; 5) Conservação; 6) Via de administração; 7) Fora da faixa etária; 8) Tipo de agulha; 9) intervalo mínimo entre as doses; 10) outro.
- 32 - Informar a formação do profissional que realizou o procedimento: 1) Técnico de enfermagem; 2) Auxiliar de enfermagem; 3) Enfermeiro; 4) Outro.
- 33 - Informar o tempo de formação em anos, do profissional que realizou o procedimento: 1) <1 ano; 2) De 1 a 4 anos; 3) De 5 a 10 anos; 4) 11 anos e mais.
- 34 - Informar o tempo de atuação em sala de vacina do profissional que realizou o procedimento: 1) <1 ano; 2) De 1 a 4 anos; 3) De 5 a 10 anos; 4) 11 anos e mais.
- 35 - Informar o código referente ao curso de capacitação em sala de vacina: 1) Sim; 2) Não.
- 36 - Se a resposta anterior for sim, informar a quanto tempo fez o último curso: 1) <1 ano; 2) De 1 a 4 anos; 3) De 5 a 10 anos; 4) 11 anos e mais.
- 37 - Informar se o paciente apresentou sinais/sintomas decorrentes do procedimento incorreto: 1) Sim; 2) Não; 9) Ignorado.
- 38 - Informar o tipo de atendimento prestado ao paciente: 1) Não necessitou de atendimento; 2) Ambulatorial; 3) Internação/Hospitalização; 4) Ambulatorial/ Internação/Hospitalização; 9) Ignorado.
- 39 - Se houve Internação/Hospitalização informar datas referentes ao início da internação e da alta.
- 40 - No caso de ter apresentado sinais/sintomas informar o código da classificação do comprometimento: 1) Leve (sem consequências debilitantes ou incapacitantes; 2) Moderada (reações ou consequências discretas e temporárias); 3) reação sistêmica com internação, debilidade permanente de algum membro, sentido, função...; 4) Gravíssima (incapacidade permanente, enfermidade progressiva ou incurável, perda ou inutilidade do membro, sentido ou função); 5) Outro Neste caso, especificar; 9- Ignorado.
- 41 - No caso de ter apresentado sinais/sintomas informar o código da evolução final do caso: 1) Cura sem seqüela; 2) Cura com seqüela; 3) Óbito; 9) Ignorado.

Outros campos:

- Relato resumido do caso: descrever de forma resumida a situação referente ao procedimento inadequado
- Informar os dados do notificante: nome completo, função e assinatura.
- Recomendação de conduta: deverá ser preenchido pela Gerência Regional de Saúde em consenso com a GEVIM/DIVE/SES/SC.

LISTA DE CÓDIGOS DOS IMUNOBIOLOGICOS:

VACINAS		
1 - BCG	10 - MENINGOCÓCICA.CONJUGADA - C	19 - ORAL DE ROTAVIRUS HUMANO
2 - CONTRA FEBRE AMARELA	11 - CONTRA PNEUMOCOCO 23	20 - PENTAVALENTE (DTP+HB+Hib)
3 - CONTRA FEBRE TIFÓIDE	12 - CONTRA RAIVA-CULTIVO CELULASVERO	21 - PNEUMOCOCO CONJUGADA 7V
4 - CONTRA HAEMOPHILUS B	13 - CONTRA VARICELA	22 - TETRAVALENTE (DTP+Hib)
5 - CONTRA HEPATITE A	14 - DUPLA ADULTO	23 - TRÍPLICE ACELULAR
6 - CONTRA HEPATITE B	15 - DUPLA INFANTIL	24 - TRÍPLICE BACTERIANA
7 - CONTRA INFLUENZA	16 - DUPLA VIRAL	25 - TRÍPLICE VIRAL
8 - CONTRA MENINGOCOCO AC	17 - INATIVADA CONTRA POLIO	
9 - CONTRA MENINGOCOCO BC	18 - ORAL CONTRA POLIOMIELITE	
IMUNOGLOBULINAS		SOROS
26 - IMUNOGLOB. ANTI-HEPATITE B	30 - SORO ANTI-ARACNÍDICO	37 - SORO ANTI-ELAPÍDICO
27 - IMUNOGLOB. ANTI-RÁBICA	31 - SORO ANTI-BOTRÓPICO	38 - SORO ANTI-ESCORPIÔNICO
28 - IMUNOGLOB. ANTI-TETÂNICA	32 - SORO ANTI-BOTRÓPICO-CROTÁLICO	39 - SORO ANTI-LONÔMIA
29 - IMUNOGLOB. ANTI-VARICELA ZOOSTER	33 - SORO ANTI-BOTRÓPICO-LAQUÉTICO	40 - SORO ANTI-LOXOCÉLICO
	34 - SORO ANTI-BOTULÍNICO	41 - SORO ANTI-RÁBICO
	35 - SORO ANTI-CROTÁLICO	42 - SORO ANTI-TETÂNICO
	36 - SORO ANTI-DIFTÉRICO	