

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

Formulário de Cadastro do Paciente

Nome: _____ Nascimento: _____
Nome da Mãe: _____ Sexo: [] M [] F
Raça/Cor: _____ GMUS: _____
Profissão: _____ CPF: _____
Logradouro: _____ Nº: _____ Complemento: _____
UF: _____ Município: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Telefone: () _____

Formulário de Notificação

Data da Notificação: _____ Gestante: [] Sim [] Não Mês de gestação: _____
Mulher Amamentando: [] Sim [] Não Criança em Aleitamento Materno: [] Sim [] Não

Vacina:	Fabricante:	Lote:	Dose:
Via de administração:	Local de aplicação/ D ou E:	Data de aplicação:	Hora da aplicação:
Vacina:	Fabricante:	Lote:	Dose:
Via de administração:	Local de aplicação/ D ou E:	Data de aplicação:	Hora da aplicação:
Vacina:	Fabricante:	Lote:	Dose:
Via de administração:	Local de aplicação/ D ou E:	Data de aplicação:	Hora da aplicação:
Vacina:	Fabricante:	Lote:	Dose:
Via de administração:	Local de aplicação/ D ou E:	Data de aplicação:	Hora da aplicação:
Vacina:	Fabricante:	Lote:	Dose:
Via de administração:	Local de aplicação/ D ou E:	Data de aplicação:	Hora da aplicação:

Evento Adverso

Reação/Evento:	Data de Inicio	Hora de Inicio	Data de Término	Hora de Término
<input type="checkbox"/> Dor				
<input type="checkbox"/> Rubor				
<input type="checkbox"/> Calor				
<input type="checkbox"/> Celulite				
<input type="checkbox"/> Hematoma				
<input type="checkbox"/> Cianose				
<input type="checkbox"/> Edema (Qual local?)				
<input type="checkbox"/> Icterícia				

<input type="checkbox"/> Palidez				
<input type="checkbox"/> Petéquias				
<input type="checkbox"/> Linfadenopatia				
<input type="checkbox"/> Dificuldade para respirar				
<input type="checkbox"/> Dor de garganta				
<input type="checkbox"/> Convulsão [] Febril [] Não Febril				
<input type="checkbox"/> Hipotonia				
<input type="checkbox"/> Respostas diminuídas ou ausentes a estímulos				
<input type="checkbox"/> Diarreia				
<input type="checkbox"/> Fezes com sangue				
<input type="checkbox"/> Náuseas				
<input type="checkbox"/> Vômitos				
<input type="checkbox"/> Artralgia				
<input type="checkbox"/> Cefaleia				
<input type="checkbox"/> Choro persistente >= 3h.				
<input type="checkbox"/> Fadiga				
<input type="checkbox"/> Febre				
<input type="checkbox"/> Mialgia				
<input type="checkbox"/> Sonolência				
Outros:				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Descrição do Caso:

Atendimento médico:

Data do atendimento: _____	Local: _____
Prescrições:	

Unidade Notificante: _____
CNES da Unidade: _____
Nome do Notificante: _____
Telefone da Unidade: _____