

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**FLUXO DO REGISTRO DE DOSES APLICADAS, NOTIFICAÇÃO E  
INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS (EAPV)  
|1ª EDIÇÃO|**

ITAPURANGA-GO  
01 de Fevereiro de 2021

**GERALDO PAULO FERNANDES**

Prefeito Municipal de Itapuranga

**MAÍRA CÂNDIDA DIAS CAMPOS**

Secretária Municipal de Saúde

**ELABORAÇÃO**

**WALKYRIA SILVA FERREIRA**

Fisioterapeuta e Epidemiologista

Coordenadora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica

(62) 3312- 1775

**COLABORAÇÃO**

**CAROLINNA COELHO PROENÇA GUEDES**

Profissional de Educação Física

Coordenadora da Atenção Básica

**PATRÍCIA PIRES SANTOS SILVA**

Técnica de Enfermagem

# REGISTRO E INFORMAÇÃO

Na Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19, observada a necessidade de acompanhar e monitorar os vacinados, o Ministério da Saúde desenvolveu módulo específico nominal, para cadastro de cada cidadão com a indicação da respectiva dose administrada (Laboratório e lote), além da atualização do módulo de movimentação de imunobiológico para facilitar a rastreabilidade e controle dos imunobiológicos distribuídos, facilitando o planejamento e o acompanhamento em situações de Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV)

## REGISTRO DO VACINADO

**O registro da dose aplicada da vacina será nominal/individualizado.** Essa modalidade de registro garante o reconhecimento do cidadão vacinado pelo número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou do Cartão Nacional de Saúde (CNS), a fim de possibilitar o acompanhamento das pessoas vacinadas, evitar duplicidade de vacinação, e identificar/monitorar a investigação de possíveis EAPV.

Constará no formulário os seguintes dados:

- CNES - Estabelecimento de Saúde;
- Cadastro de pessoa física (CPF) ou do Cartão de Nacional de Saúde (CNS) do vacinado, para a realização do acompanhamento das pessoas vacinadas e evitar a duplicidade de vacinação e a investigação/monitorização de possíveis EAPV;
- Data de nascimento;
- Nome da mãe;
- Sexo;
- Grupo-alvo (idoso, profissional da saúde, comorbidades, etc.);
- Data da vacinação;
- Nome da Vacina/fabricante;
- Tipo de Dose;
- Lote/validade da vacina.

Os **registros das doses aplicadas serão realizados** no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (Novo SI-PNI - online) ou em um sistema próprio que interopere com ele, por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), **enquanto o sistema não estiver disponível o registro será feito de forma manual e posteriormente alimentado ao sistema.**

Os registros das doses aplicadas deverão ser feitos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (Novo SI-PNI - online), além disso os registros ainda constarão no cartão vacinação para eventuais inconsistências.

## **NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS (EAPV)**

O Ministério da Saúde elaborou Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação em parceria com o SVS do MS e a ANVISA. Este documento será utilizado como referência para a vigilância de Eventos Adverso Pós Vacinais (EAPV) (ANEXO 1), com os protocolos já existentes, visto que pode haver um aumento no número de notificações de EAPV devido a introdução de novas vacinas de forma acelerada, usando novas tecnologias de produção e que serão administradas em milhões de indivíduos.

Todos os eventos, não graves ou graves, compatíveis com as definições de casos, estabelecidas no Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós Vacinação, deverão ser notificados (BRASIL, 2020).

Todos os profissionais da saúde que tiverem conhecimento de uma suspeita de EAPV, incluindo os erros de imunização (programáticos), como problemas na cadeia de frio, erros de preparação da dose ou erros na via de administração, entre outros, deverão notificar os mesmos às autoridades de saúde (BRASIL,2020).

Na ficha de notificação/investigação de EAPV do PNI devem ser preenchidas todas as variáveis e identificação do tipo de vacina suspeita de provocar o EAPV, com número de lote e fabricante, visando a qualidade das informações e a possível oferta de diferentes vacinas. Os eventos adversos graves, a notificação deverá ser feita em até 24 horas, conforme portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020 (BRASIL,2020).

A Notificação e Investigação de EAPV deverão ser realizadas no e-SUS Notifica, sendo a única via de entrada de dados, já acordado entre a ANVISA e a CGPNI.

Como local para notificação e atendimento aos EAPV, a população deverá procurar primeiramente sua Unidade Básica de saúde de referência e a mesma comunicar imediatamente à Unidade Básica de Saúde Central, na Secretaria de Saúde (CNES 6545734), localizado no endereço: Avenida Dr. Olavo Bilac Marinho, Centro, Itapuranga-GO, devendo os responsáveis comunicar imediatamente o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal pelo telefone: (062) 3312-1775 ou e-mail ([saude.itapuranga@gmail.com](mailto:saude.itapuranga@gmail.com)). Havendo a necessidade de atendimento de casos graves EAPV deverá a SMS observar a rede de atendimento do estado para referência e contrarreferência.

## ANEXO 1. FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

## Formulário de Cadastro do Paciente

Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Raça: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Tipo Documento: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Zona: Urbana Rural Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. Contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

## Formulário de Notificação

## Formulário de Notificação

Data da Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Item de Notificação:

Data de Aplicação	Estratégia	Imuno-biológico	Dose	Laboratório	Lote	Via de Administração	Local de Aplicação	Indicação	Especialidade	Estabelecimento
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										

Gestante:  Sim  Não  Ignorado

Mês de gestação no momento da vacinação: \_\_\_\_\_

Mulher Amamentando:

 Sim  Não

Criança em Aleitamento Materno:

 Sim  Não

Evento Adverso:

## Classificação:

- Não Grave (EANG) – Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave;  
 Grave (EAG);  
 Erro de Imunização (EI).

## Responsável pelo Preenchimento da Notificação:

Estabelecimento: CNES: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

## Formulário de Investigação:

### Antecedentes:

Algum EAPV anterior à presente vacinação?  Sim  Não  Ignorado

Data da Ocorrência	Imunobiológico	Evento Adverso Pós Vacinação (EAPV)	Conduta
__/__/__	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____

Doenças Pré-existentes?  Sim  Não  Ignorado

- Aids / HIV       Diabetes       Doença hepática       Doença renal  
 Alergia a medicamento       Doença autoimune       Doença neurológica ou psiquiátrica       Outras (Especificar)  
 Alergia alimentar       Doença cardíaca       Doença pulmonar

Alguma(s) medicação(ões) em uso?  Sim (especificar)  Não  Ignorado

Tipo Medicamento	Nome Genérico	Via de Administração	Data Inicio	Uso Contínuo	Data Término
<input type="radio"/> Anticonvulsivante	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="radio"/> Antitérmico	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="radio"/> Corticoide	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="radio"/> Imunoglobulinas	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="radio"/> Med. Homeopático	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="radio"/> Químico / Radio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____

Fez transfusão de sangue, componentes ou derivados nos últimos 28 dias?

Sim  Não  Ignorado      Data da Transfusão: \_\_/\_\_/\_\_

História prévia de convulsões:

- Sem história de convulsão       Convulsão afebril  
 Convulsão febril       Ignorado

Viajou nos últimos 15 dias?  Sim  Não  Ignorado

Data de Inicio: \_\_/\_\_/\_\_      Data Término: \_\_/\_\_/\_\_

País: \_\_\_\_\_

Local (caso não Brasil): \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

### Eventos Adversos:

#### Manifestações Locais

Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de Início de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de de início	Acomp.
Abscesso frio	_____	_____	_____		<input type="radio"/> Granuloma	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Abscesso quente	_____	_____	_____		<input type="radio"/> Nódulo	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Atrofia no sítio de administração	_____	_____	_____		<input type="radio"/> Prurido Local	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Calor	_____	_____	_____		<input type="radio"/> Urticária no Sítio de Administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Celulite	_____	_____	_____		<input type="radio"/> Úlcera (>1cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dor	_____	_____	_____		<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Edema	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	_____	_____	_____	
<input type="radio"/> Eritema ou Rubor	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>					

### Manifestações Clínicas Sistêmicas /Pele e Mucosa

Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	Aco Acomp. mp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	Aco Acomp. mp.
Angioedema Generalizado	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Linfadenopatia Regional	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Angioedema de Laringe	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Linfadenopatia Regional Supurada (>3cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Angioedema de Lábios	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Linfadenopatia Regional Não Supurada (>3cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Angioedema de Membros	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Palidez	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Angioedema de Olhos	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Petéquias	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Cianose	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Prurido Generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Exantema em Sítio diferente da Administração	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Púrpura	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Exantema Generalizado	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Urticária Generalizada	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Hiperemia e Coceira nos Olhos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Icterícia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>					

### Manifestações Clínicas Sistêmicas Cardiovasculares

Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	Aco Acomp. .	Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	Aco Acomp. mp.
<input type="radio"/> Bradicardia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Taquicardia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Hipotensão	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

### Manifestações Clínicas Sistêmicas /Respiratória

Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	Aco Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	Aco Acomp.
<input type="radio"/> Apnéia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Rouquidão	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Broncoespasmo / Laringoespasmo	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sensação de Fechamento de Garganta	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dificuldade de Respirar	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Tiragem Intercostal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dispnéia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Tosse Seca	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dor de Garganta	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Taquipnéia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Espirros	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Rinorreia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>					

### Manifestações Clínicas Sistêmicas /Neurológicas

Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	Aco Acomp. mp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	com Acomp. p.
<input type="radio"/> Agitação	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Convulsão Local	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Alteração do Nível de Consciência	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Convulsão Generalizada	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Ataxia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Desmaio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Convulsão Febril	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Hipotonia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Convulsão Afebril	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Letargia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**Manifestações Clínicas Sistêmicas /Neurológicas** (continuação...)

Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término Acomp. de início	Aco Acomp. mp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	Aco Acomp. mp.
<input type="radio"/> Paralisia de Membros inferiores	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	Respostas Diminuídas ou Ausentes a Estímulos Sinais Neurológicos Focais ou Multifocais Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Paralisia de Membros Superiores	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Paralisia Facial (Bell)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Paresia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Parestesia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**Manifestações Clínicas Sistêmicas / Gastrintestinais**

Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	A Acomp. mp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	Aco Acomp. mp.
<input type="radio"/> Diarréia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	Melena Náuseas Vômitos Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dor Abdominal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Enterorragia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Fezes com raia de sangue	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Sinais de obstrução intestinal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**Outras Manifestações**

Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	Aco Acomp. mp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Tempo Término	Tempo Término de início	Aco Acomp. mp.
Anúria	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	Hiperemia bilateral dos olhos Hiperemia em articulações Lesões decorrentes de disseminação do BCG Mialgia Oligúria Sonolência Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Artralgia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Cefaléia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Cefaléia e Vômito	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Choro Persistente (>=3 horas)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dificuldade de deambular	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Edema articular	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Fadiga	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Febre >=39°C (axilar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Atendimento Médico?  Sim  Não  Ignorado

Ambulatório / Consultório  Observação (permanência na unidade de saúde por até 24 horas)  Hospitalização (permanência na unidade de saúde por tempo maior que 24 horas)

CNES Hospital: \_\_\_\_\_ Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Data da internação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Data da alta: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Informações Complementares (descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)



Diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

**Evolução:**

- Evento adverso associado ao BCG – Sem necessidade de administração de Isoniazida;
- Evento adverso associado ao BCG – Com necessidade de administração de Isoniazida;
- Evento adverso associado ao BCG – Com necessidade de administração de esquema tríplice / quádruplo
- Cura sem sequelas    Cura com sequelas    Óbito    Não é EAPV    Perda de seguimento    Em Acompanhamento

**Responsável pelo Preenchimento da Investigação:**

Estabelecimento: CNES: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Telefone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**Formulário de Encerramento:**

**Classificação Final:**

- EA Não Grave (EANG)    EA Grave (EAG)    Erro de Imunização (EI)    Inclassificável

**Erros de Imunização (EI):**

- Tipo de imunobiológico utilizado;
- Erros de administração - Na técnica de aplicação;
- Erros de administração - No uso incorreto de diluentes, administração de outros produtos que não sejam vacinas e/ou diluentes;
- Erros de manuseio (conservação de temperatura, transporte e armazenamento inadequado);
- Intervalo inadequado entre doses;
- Validade vencida;
- Erros de prescrição ou indicações (fora da idade recomendada);
- Não avaliação de contraindicações ou precauções;
- Outros – descrever detalhadamente o(s) erro(s) de imunização:

**Conduta Frente ao(s) Erro(s) de imunização (EI) e Doses:**

- Dose considerada válida;
- Dose considerada inválida;
- Repetir a dose única o mais rápido possível;
- Repetir a dose o mais rápido possível considerando intervalo mínimo;
- Repetir a dose com aprazamento de reforço;
- Acompanhamento com dosagem de anticorpos;
- Outros – especificar:

**Encerramento Final:**

Preencher a tabela abaixo, utilizando a legenda descrita a seguir:

Imunobiológico(s)	Diagnóstico(s)	Conduta(s)	Causalidades

**Legenda:****Conduta Frente ao Esquema Vacinal (preenchimento):**

1. Esquema Mantido;
2. Esquema mantido com precaução (\*);
3. Contra indicação com substituição do esquema;
4. Contra indicação sem substituição do esquema;
5. Esquema encerrado;
6. Suspensão da vacina por 10 anos;
7. Ignorado;
8. Outros – especificar:

**Classificação de Causalidades (Coordenações Estaduais):**

- 1 Informação disponível adequada;

**A Consistente;**

- A.1- Reações inerentes ao produto, conforme literatura;
  - A.1.1- Associação a mais que uma vacina;
- A.2- Reações inerentes a qualidade do produto;
- A.3- Erros de imunização (EI);
  - A.3.1- Tipo de Imunobiológico utilizado;
  - A.3.2- Erros de Administração – Erro na técnica de administração;
  - A.3.3- Erros de Administração – Uso incorreto de diluentes, administração de outros produtos que não sejam vacinas e/ou diluentes;

**Classificação de Causalidades (Coordenações Estaduais) – continuação:**

- A.3.4- Erros de manuseio (conservação de temperatura, transporte e armazenamento inadequado);
- A.3.5- Intervalo Inadequado de doses;
- A.3.6- Validade Vencida;
- A.3.7- Erros de prescrição ou indicações (fora da idade recomendada);
- A.3.8- Ausência de avaliação de contraindicações ou precauções;
- A.3.9- Outros (Especificar):

**A.4- Reações de Ansiedade associada à imunização;****B Indeterminada;**

- B.1- Reação temporal consistente, mas sem evidências na literatura para se estabelecer uma relação causal;
- B.2- Os dados da investigação são conflitantes em relação à causalidade;

**C Inconsistente;**

- C.1- Condições subjacentes ou emergentes;
- C.2- Condições causadas por outros fatores e não por vacinas;

- 2 Informação disponível inadequada; D Inclassificável.

**Responsável pelo Preenchimento do Encerramento:**

Data de Encerramento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estabelecimento: CNES: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

## EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO – FICHA DE EXAMES LABORATORIAIS COMPLEMENTARES

### Informações Laboratoriais Complementares

#### Hemograma

Data da Coleta	Série Vermelha				Série Branca					
	Hemácias (m <sup>3</sup> )	Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas	Bastões (%)	Neutrófilos (%)	Linfócitos (%)	Leucócitos (%)	Eosinófitos (%)	Monócitos (%)

#### Bioquímica

Data da Coleta	BD (mg/dl)	BI (mg/dl)	BT (mg/dl)	Uréia (mg/dl)	Creatinina (mg/dl)	AST (TGO)	ALT (TGP)	GGT	FA	Prova de Coagulação		
										RNI	PT	PTT

#### Punção Lombar

Data da Coleta	Citoquímica (Líquor)					Bacterioscopia – GRAM (especificar)	Cultura do Líquor (especificar)
	Leucócitos (m <sup>3</sup> )	Neutrófilos (%)	Linfócitos (%)	Glicose (mg)	Proteínas (mg)		

#### Urina

Data da Coleta	Elementos Anormais e Sedimentos
Data da Coleta	Elementos e Antibiograma

**Detecção Viral**

Data da Coleta	Amostra	Resultado
	Líquor	
	Sangue	
	Tecido	
	Outros (Especificar)	

**Imunologia**

Agravos	Sorologia			PCR		
	Data da Coleta	Sangue	Líquor	Data da Coleta	Sangue	Líquor
Dengue						
Febre Amarela						
Rubéola						
Hepatite A						
Hepatite B						
HIV						
Outros (Especificar)						

**Adicionais**

Data da Coleta	Exame	Resultado
	ECG	
	EEG	
	RX	
	TC	
	RM	
	ENMG	
	US	
	Outros (Especificar)	

**Outros – Viscerotomia, Necrópsia e Anatomopatológico**

Data da Coleta	Imuno - Histoquímica		Anatomopatológico
	Macroscopia	Microscopia	