

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

OPERACIONALIZAÇÃO BÁSICO PARA VACINAÇÃO

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

CHECKLIST OPERACIONALIZAÇÃO BÁSICO PARA VACINAÇÃO

COVID –19 / ITAPURANGA- GO

Este material tem como objetivo estabelecer as ações e estratégias para a operacionalização da vacinação contra a COVID-19 em nível municipal. A referência utilizada para sua elaboração foi o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, publicado no dia 16 de dezembro de 2020 pelo Ministério da Saúde.

RECOMENDAÇÕES QUANTO AO FUNCIONAMENTO DAS SALAS DE VACINAS

A operacionalização da vacinação deve prever capacitações de pessoal, o diagnóstico situacional da estrutura da rede de frio do município, a organização da cadeia de frio e a implementação dos sistemas que serão utilizados na operacionalização da campanha.

ESTRUTURA FÍSICA E EQUIPAMENTOS

A sala de vacina que operacionalizará a vacinação contra a COVID-19, no município de Itapuranga-GO, em conformidade a todas as normativas do PNI e Plano Estadual de Imunização possui as seguintes **condições estruturais de funcionamento de acordo com as normas sanitárias vigentes:**

- Tamanho de 03 m² da sala de vacinação com disponibilidade de pia com água, sabonete, papel toalha, lixeiras com pedal e sacos plásticos;
- Condicionadores de ar em plenas condições de funcionamento para atender a todas as salas de vacinas;
- Presença de 1 computador na sala de vacina com acesso à internet;
- 1 refrigerador em plena condição de funcionamento, garantindo que não haja oscilação de temperatura, sendo recomendada de +2°C a +8°C;
- Tomadas em quantitativo equivalente aos equipamentos da referida sala de vacinas, garantindo o não uso de extensões ou dispositivos que permitam o funcionamento de mais de um equipamento na mesma tomada;
- 1 Caixa térmica em condições de uso para a sala de vacina, ações extramuros e transporte das vacinas no município;
- 1 Termômetro suficiente para atender a caixa térmica, bem como quantitativo reserva de termômetros e pilhas;
- Insumos em quantidades suficientes: seringas, agulhas, caixas de descarte de materiais perfurocortantes, álcool, algodão e bobinas de gelo reutilizável;

RECURSOS HUMANOS

- O município possui para o início da vacinação para os grupos prioritários o quantitativo de:
 - uma (1) vacinadora, previamente treinada: Patrícia Pires Santos Silva (Técnica de Enfermagem COREN: 001207851)
 - uma (1) digitadora: Carolinna Coelho Proença Guedes (Educadora Física CREF: 005886-G/GO)
 - uma (1) triagem: Walkyria Silva Ferreira (Fisioterapeuta CREFITO 11: 220369-F)
 - uma (1) coordenadora para acompanhamento e fiscalização da vacina: Walkyria Silva Ferreira (Fisioterapeuta CREFITO 11: 220369-F e Coordenadora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica)

De acordo com o aumento da demanda e quantitativo de vacinas que serão recebidas irá ser realizado o aumento de recursos humanos para o atendimento da população, para que não haja atrasos, tumultos e/ou aglomerações nos postos de vacinação.

LOGÍSTICA DE FUNCIONAMENTO

- O horário de funcionamento será de segunda à sexta das 8:00h as 11:00h e das 13:00h as 17:00h.
Observação: O horário de vacinação poderá ser estendido sempre que necessário para evitar aglomerações e havendo doses suficientes que justifiquem tal demanda até as 20:00h de segunda à sexta e aos finais de semana 08:00h às 14:00h (conforme pactuação, resolução CIB 001/2021);
- As vacinas serão armazenadas em refrigerador conforme recomendação do Ministério da Saúde para rede de frio disponível na Unidade Básica de Saúde, sendo as portas mantidas trancadas e a chave em poder dos responsáveis pela sala de vacinação, sendo realizado o monitoramento e registro da temperatura dos equipamentos que acondicionam os imunobiológicos em três momentos do dia, com a finalidade de garantir as exigências de conservação da vacina conforme orientação do laboratório produtor.
- Haverá apenas um (01) ponto de vacinação contra COVID-19, situado na Unidade Básica de saúde- Posto Central localizada no endereço: Rua 19 esquina com a 23 quadra 40, lote 981, Setor São Sebastião Xixá, Itapuranga-GO, em sala específica, sendo vedada a vacinação em sala onde são administradas demais vacinas.
 - Haverá possibilidade de vacinação com equipe *in loco* nas respectivas unidades de Saúde, condicionada a disponibilidade de pessoal e conforme aumento de oferta de vacina e ampliação do público alvo;
 - Em caso excepcional, a ser avaliada pela Secretaria Municipal de Saúde- Itapuranga/GO, poderá ser instalada um centro amplificado de vacinação em local amplo, de grande ventilação e centralizado (exemplo: Centro Cultural Cora Coralina) para vacinação em grande demanda.
 - Idosos acamados e/ou domiciliados, dentro da faixa etária de vacinação serão vacinados em seus domicílios, utilizando equipes de estratégia de saúde da família (agentes comunitários de saúde);
- A rotina de higienização e limpeza e desinfecção da sala de vacinação será intensificada conforme a necessidade apresentada durante a campanha de vacinação.
 - Limpeza do local pelo menos duas (02) vezes ao dia, com troca do lixo e dispensadores, ou quando julgar necessário.

- A unidade de saúde onde estará armazenada as vacinas ainda não distribuídas contarão com vigia durante o período noturno e guarda no período diurno, bem como o reforço de patrulhamento policial na região.

- O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no âmbito do PNI deve estar em conformidade com as definições estabelecidas na Resolução nº 18, de 23 de março de 2018, que dispõe sobre a classificação de riscos de Organismos Geneticamente Modificados (OGM) e os níveis de biossegurança a serem aplicados nas atividades e projetos com OGM e seus derivados em contenção. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e a Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS). Diante disso, para um adequado gerenciamento de resíduos voltado para a vacinação contra a Covid-19, orienta-se o descarte dos frascos em caixa descartável. A coleta dos resíduos ficará a cargo da empresa contratada via consórcio CISO II. Os serviços responsáveis pelo gerenciamento de resíduos devem se organizar para um maior processamento de resíduos, mediante tamanha dimensão da campanha.

ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO

1. Afixar cartazes em local visível a todos, informações sobre os cuidados de saúde preventivos ao contágio da COVID 19.
2. Prover dispensadores com preparação alcoólica para higienização das mãos (sob a forma de gel solução a 70% ou espuma), tendo disponível para o profissional e a população;
3. Montar postos de vacinação próximos a um acesso com estrutura para higienização das mãos;
4. Prover condições para higiene simples das mãos: lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual;
5. Manter ambiente de trabalho bem ventilado, com janelas e portas abertas caso seja possível;
6. Reforçar a necessidade de intensificação da limpeza e desinfecção de objetos e superfícies, principalmente as mais tocadas como maçanetas, interruptores de luz, corrimões, botões dos elevadores, etc;
7. Eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados como canetas, pranchetas e telefones;
8. Orientar os profissionais de saúde e de apoio a utilizarem equipamentos de proteção individual (EPI). Profissionais de higiene e limpeza (gorro, máscara facial, avental, luvas de borracha e bota, e para os profissionais da saúde (máscara descartável, jaleco com manga longa e calçado fechado);
9. Organizar fila de espera ao ar livre (quando possível);
10. Organizar as filas de espera com espaço mínimo de 2,0 m entre os usuários;
11. Manter mesa de triagem afastada por no mínimo 1,0 m a 1,5 m de distância do paciente;
12. Os pontos de triagem e aplicação devem ser distantes pelo menos 3,0 m entre eles;
13. Manter somente uma pessoa por vez na área de vacinação, caso necessário acompanhante, permitir um por paciente;
14. Ampliar o atendimento da vacinação com horários alternativos, estendidos e aos finais de semana (quando necessário);
15. Em áreas de cobertura de Estratégia de Saúde da família, durante as campanhas, promover o agendamento da vacinação por micro áreas, com a ampla divulgação na área de abrangência;

16. Divulgar e orientar a população com sintomas respiratórios (tosse, coriza, febre e falta de ar) e aguardar a remissão do quadro para se vacinar;
17. Oferecer máscara descartável, para o sintomático respiratório que apareça no local de vacinação, orientando-o a retornar após a remissão dos sintomas;
18. Proceder a constante limpeza e desinfecção das caixas de vacinas e geladeiras.

PLANOS DE CONTINGÊNCIA

- Desvio de qualidade das vacinas: Em situações de desvio de qualidade dos imunobiológicos nos municípios, é realizada orientação aos mesmos quanto ao registro em formulário padronizado utilizando banco unificado para controle do histórico deste produto e liberação para uso ou descarte

após avaliação da Gerência de Imunização e/ou do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde através do Programa Nacional de Imunizações.

-Queda de energia ou falhas de equipamentos: Nos casos de ocorrência de desabastecimento de energia elétrica pela concessionária será posto em prática o plano de contingência da CERF

- Déficit de recursos humanos: Estarão de sobreaviso e devidamente treinados, o quantitativo de pelo menos um (01) profissional para substituição da equipe de vacinação, caso ocorra alguma intercorrência, afim de não comprometer o plano de campanha de vacinação;

- Suporte de atendimento de emergência para Eventos adversos pós - vacinal para os postos de vacinação fixos e volantes: 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, 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.

Será utilizada a ficha de notificação/investigação de EAPV do PNI, a 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 (ANEXO 1)

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra a COVID -19. Ministério da Saúde. Brasília, dezembro,2020;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília, 2014. 176 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília, 2017. 136 p. : il.

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="checkbox"/>
<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 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"/>
					<input type="text"/>				

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="radio"/> Enterorragia	_____	_____	_____			_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Fezes com raia de sangue	_____	_____	_____			_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Sinais de obstrução intestinal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
					<input type="text"/>				

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	_____	_____	_____		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="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"/>
						<input type="text"/>			

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) Inclassicável

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):**

- Esquema Mantido;
- Esquema mantido com precaução (*);
- Contra indicação com substituição do esquema;
- Contra indicação sem substituição do esquema;
- Esquema encerrado;
- Suspensão da vacina por 10 anos;
- Ignorado;
- Outros – especificar:

Classificação de Causalidades (Coordenações Estaduais):

- 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;

- 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 ³)	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 ³)	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	