



Governo do Município de Criciúma Secretaria de Saúde
Vigilância Epidemiológica

**EVENTOS ADVERSOS SUPOSTAMENTE
ATRIBUÍVEIS A VACINAÇÃO**

IDENTIFICAÇÃO:

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino () Feminino ()

Raça/Cor: Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Ignorado ()

Logradouro: _____

Número (ou SN para Sem Número): _____ CEP: _____

Bairro: _____

Município de Residência: _____ Estado de Residência: _____

Tefone Celular() _____ Telefone de Contato: () _____

E-mail: _____

DADOS:

Tem CPF Sim () Não () CPF: _____

É profissional de saúde? Sim () Não () Profissional de Segurança: Sim () Não ()

CBO: _____

DADOS NOTIFICAÇÃO:

Data da Notificação: ____/____/____

Você está notificando um evento adverso ou erro de imunização ocorrido em uma criança que foi exposta à vacina através da vacinação da mãe durante a gestação ou pelo aleitamento materno?

Sim () Não ()

IMUNOBOLÓGICOS:

Imunobiológico(vacina): _____

Erro de Imunização: Sim () Não ()

Relação imunobiológico ao evento adverso: _____

Nome do Fabricante: _____
Lote: _____ Dose: _____ Via de administração: _____
Local de aplicação: _____
Data da aplicação: ____/____/____ Hora da aplicação: _____
CNES Resp. pela admin. do imunobiológico: _____
Estratégia: _____

EVENTO ADVERSO PÓS VACINAÇÃO:

Tipo de Evento: _____
Reação / evento adverso: _____
Data de início: ____/____/____ Hora Início: _____
Data de término: ____/____/____ Hora Término: _____
Classificação de gravidade: _____

NARRATIVA DO CASO E OUTRAS INFORMAÇÕES RESPONSÁVEL:

PREENCHIMENTO CNES:

Estabelecimento: _____
Telefone Responsável: () _____
CPF Responsável: _____
Nome do profissional: _____
Ocupação do Profissional: _____