

Notificação de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI)

Atenção: esta ficha deve ser utilizada por profissionais de saúde em localidades sem acesso à internet ou em áreas remotas. Nos locais com conectividade, os profissionais de saúde deverão notificar diretamente no site: notifica.saude.gov.br

Dados de identificação do caso	Nome completo:				Data de nascimento:		Idade:			
	Nome social:									
	Estrangeiro:	País de origem:	Cartão SUS (CNS) ou Passaporte (estrangeiros):				CPF:			
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não									
	Sexo ao nascimento:		Raça/Cor:				Se indígena, etnia:			
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada							
	Comunidade/Povo tradicional:		Ocupação:		Telefone:		E-mail:			
	Logradouro:				UF residência:		Município de residência:			
Número:	Bairro:	Complemento:			CEP residência:					
Dados da Gestação ou Lactação	Você está notificando um Esavi 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?									
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica									
	Criança em aleitamento materno, no momento da vacinação?									
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica									
	Gestante no momento da vacinação?					Mês de gestação no momento da vacinação:				
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica									
	Mulher amamentando no momento da vacinação?									
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica									
Se criança exposta ao imunobiológico na gestação materna, preencha as informações abaixo:										
Nome da mãe:				Idade gestacional		CPF da mãe:				
				<input type="checkbox"/> semanas						
Data de nascimento da mãe:			Idade da mãe:		Raça/Cor da mãe:					
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada					
Logradouro da mãe:				UF residência:			Município de residência da mãe:			
Número:	Bairro:	Complemento:			CEP:					
Imunobiológicos e/ou diluente (se aplicável)	Nome do imuno	Aplicação					Produtor		Unidade	
		Data	Hora	Local de aplicação	Via de aplicação	Dose	Lote	Fabricante	Estratégia	Estabelecimento
Relação imunobiológico ao evento adverso:										
<input type="checkbox"/> Suspeito <input type="checkbox"/> Concomitante <input type="checkbox"/> Intereração <input type="checkbox"/> Não foi administrado <input type="checkbox"/> Ignorado										

Descrição do Evento e classificação de gravidade	Tipo (s) de evento (s): <input type="checkbox"/> Erro de imunização <input type="checkbox"/> ESAVI Se erro de imunização, observar as definições previstas em nota técnica nº 29/2024			
	Qual (is) a (s) causa (s) do (s) erro (s)? <input type="checkbox"/> Administração de vacina incorreta <input type="checkbox"/> Administração de vacina para idade inadequada <input type="checkbox"/> Contraindicação à vacina <input type="checkbox"/> Dose inadequada de vacina administrada <input type="checkbox"/> Dose subterapêutica de vacina <input type="checkbox"/> Exposição durante a gravidez <input type="checkbox"/> Formulação inadequada de vacina administrada <input type="checkbox"/> Intercambialidade de vacina <input type="checkbox"/> Intervalo de administração de dose do medicamento muito curto <input type="checkbox"/> Utilização de vacina vencida <input type="checkbox"/> Vacina com desvio de qualidade <input type="checkbox"/> Via incorreta de vacinação <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não se aplica			
	Se ESAVI, descreva aqui o (s) ESAVI ocorrido (s). Detalhar data de início de cada sinal ou sintoma:			
	Reação / evento adverso		Data Início Término	
			Hora Início Término	
Evento grave? <input type="checkbox"/> Sim → <input type="checkbox"/> Não	Se grave, qual motivo: <input type="checkbox"/> Requeira hospitalização ou prolongue uma hospitalização existente <input type="checkbox"/> Ocasione risco iminente de morte e que exija intervenção clínica imediata para se evitar o óbito <input type="checkbox"/> Cause disfunção significativa e/ou incapacidade permanente <input type="checkbox"/> Resulte em anomalia congênita <input type="checkbox"/> Provoque abortamento ou óbito fetal <input type="checkbox"/> Ocasione o óbito			
Desfecho (apenas para ESAVI): <input type="checkbox"/> Cura sem sequelas <input type="checkbox"/> Cura com sequelas <input type="checkbox"/> Em acompanhamento <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Desconhecido			Data do desfecho:	
Descrição do caso				
Notificador (a)	Nome do notificador (a):			Data da notificação:
	CPF notificador(a): [] - []		E-mail notificador(a):	Telefone notificador(a):
	Ocupação notificador(a):	Município notificante:	UF notificante:	Estabelecimento notificante:

Investigação de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI)

Atenção: esta ficha deve ser utilizada por profissionais de saúde em localidades sem acesso à internet ou em áreas remotas. Nos locais com conectividade, os profissionais de saúde deverão notificar diretamente no site: notifica.saude.gov.br

Antecedentes Gerais	Data do recebimento da notificação		Relato de ESAVI anterior à presente vacinação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
	Se houve relato de ESAVI anterior, preencher campos abaixo:			
	ESAVI anterior	Imunobiológico e/ou diluente (se aplicável)	Data	Conduta
	Outras informações			
	Doenças pré-existentes (CID-10)? <input type="checkbox"/> Sim (especificar) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado. Se sim, detalhar: _____			
	Viajou nos últimos 15 dias? <input type="checkbox"/> Sim (especificar) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Data de início	Data de término	País/estado	Município/local
Está em uso de algum medicamento? <input type="checkbox"/> Sim (especificar) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado				
Nome do (s) Medicamento (s)		Relação do medicamento ao evento adverso	Comentário sobre o uso	
Houve atendimento médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Se sim, marque a (s) opção (ões): <input type="checkbox"/> Ambulatório / Consultório / Unidade Básica de Saúde; <input type="checkbox"/> Observação (permanência na unidade de saúde por até 24 horas); <input type="checkbox"/> Hospitalização (permanência na unidade de saúde por tempo maior que 24 horas); <input type="checkbox"/> Unidade de Terapia Intensiva (UTI).				
Atendimentos médicos	Nome do estabelecimento Município UF Data do atendimento Data da alta			
Observações sobre o (s) atendimento (s) (anexar resumo de alta de todas internações)				
Diagnósticos e detalhamentos	Exame Data de realização Resultado do exame			
Detalhar o (s) diagnóstico (s) final (is) do (s) evento (s) e demais informações relevantes				

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional de Imunizações
Coordenação-Geral de Farmacovigilância

Investigador (a)	Nome do investigador (a):			Data da investigação:
	CPF investigador (a): _____ - ____	E-mail investigador (a):	Telefone investigador (a):	
	Ocupação investigador (a):	Município investigador (a):	UF investigador(a):	Estabelecimento investigador (a):

Instruções: Anexe uma cópia de TODOS os documentos disponíveis (incluindo prontuário/história clínica, resumo de alta, anotações do caso, relatórios laboratoriais, relatórios de autópsia, prescrições de medicamentos concomitantes, cópia do registro de vacinação).