

TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO!!
Identificação

Dados identificação e RESIDÊNCIA		
CPF:	CNS (na ausência de CPF):	
Nome completo:	Nascimento: ____/____/____	
Sexo: <input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> feminino	Raça/cor: <input type="radio"/> branca <input type="radio"/> preta <input type="radio"/> parda <input type="radio"/> amarela <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> ignorado	
Cep residência:	Município residência:	
Logradouro residência:		
Número:	Complemento:	Bairro:
Telefone:	e-mail:	
Grupo:		
ILPI	Nome ILPI: <input type="radio"/> morador <input type="radio"/> trabalhador	
PROFISSIONAL SAÚDE	Nome Instituição: <input type="radio"/> médico (CBO 225) <input type="radio"/> fisioterapeuta (CBO 2236) <input type="radio"/> nutricionista (CBO 2237) <input type="radio"/> outro. Especificar _____ <input type="radio"/> enfermeiro (CBO 2235) <input type="radio"/> dentista (CBO 2232) <input type="radio"/> psicólogo (CBO 2515) <input type="radio"/> técn/aux enfermagem (CBO 3222) <input type="radio"/> técn/aux saúde bucal (CBO 3224) <input type="radio"/> farmacêutico (CBO 2234)	
OUTRO	<input type="radio"/> profissional de segurança <input type="radio"/> idoso	

Somente se FEMININO

Gestante no momento da vacinação?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> ignorado
Amamentando no momento da vacinação?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	

Informações importantes

(ESUS Notifica: digitar/descrever no campo narrativa do caso e outras informações)

Viajou nos últimos 14 dias?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> ignorado
Teve reação vacinal prévia?	<input type="radio"/> SIM → Qual vacina? _____ Quando? _____ O que aconteceu? _____	<input type="radio"/> NÃO	

Imunobiológico

Data de aplicação:	Dose: <input type="radio"/> 1ª dose <input type="radio"/> 2ª dose
Local de realização da vacina (estabelecimento):	
VACINA COVID-19	<input type="radio"/> Covid-19-Coronavac- Sinovac/Butantan <input type="radio"/> Covid-19-Covishield- Oxford/AstraZeneca <input type="radio"/> Vacina covid-19 - Ad26.COVS.S - Janssen-Cilag <input type="radio"/> Vacina covid-19 - BNT162b2 - BioNTech/Fosun Pharma/Pfizer
Lote:	

Evento adverso pós-vacina

Marcar os sintomas apresentados inclusive aquele que mais incomodou, relatado no início):

Severidade	Data de início dos sintomas	Data fim dos sintomas	Evento adverso (marcar com x ou circular o evento referido)
LEVE (orientação)			dor no local de aplicação, calor no local de aplicação, vermelhidão no local de aplicação, coceira ou prurido no local de aplicação, formigamento ou parestesia no local de injeção, edema no local de aplicação
			astenia, cansaço, fadiga, prostração (mal estar)
			febre <38°C, calafrios
			cefaleia ou dor de cabeça
			mialgia ou dor muscular
			artralgia ou dor articular, inchaço articular (localizado)
			náuseas / vômitos / diarreia
			aumento do volume de linfonodos (localizado)
MODERADO (atendimento médico + se necessário, encaminhamento para Ambulatório EAPV via eSaúde)			Fraqueza muscular localizada (leve e com evolução menor que 48h)
			Úlcera ou ferida no local de aplicação, infecção no local de aplicação, bolha no local de aplicação, hematoma no local de aplicação (>=2cm)
			urticária ou manchas vermelhas, lesões bolhosas
			coceira ou prurido generalizado
			coceira ocular ou prurido no olho, olhos vermelhos
Investigar possibilidade de doença ativa COVID-19 (atendimento médico + coleta PCR)			lábios inchados ou edema no lábio (localizado)
			vômitos persistentes
			coriza, congestão nasal, tosse, dor de garganta ou odinofagia
			alteração do paladar, alteração do olfato
GRAVE (atendimento médico + coleta PCR e, se necessário encaminhamento para Ambulatório EAPV via eSaúde + orientar procura direta)			rouquidão (<i>isolada</i>)
			dor abdominal / diarreia
			febre >= 38°C
			angioedema (edema de língua, faringe, laringe, etc)
			rouquidão associada à coceira/prurido generalizado ou lábios inchados ou vermelhão/coceira nos olhos
			choque hipovolêmico (palidez, cianose, sudorese, hipotensão)
			choque anafilático
			sangramento da pele, da gengiva, do olho, sangramento nasal, sangue nas fezes, sangue presente na urina
			dispneia ou falta de ar ou dificuldade para respirar
			icterícia ou pele amarela; icterícia ocular
		Alteração do nível de consciência: desmaio, sensação de desmaio, convulsão, sonolência, irritabilidade, choro persistente (>=3h), agitação ou confusão mental, outra alteração de consciência:	
		fraqueza muscular agravada ou generalizada (fraqueza muscular importante)	
		parestesia ou formigamento associada a fraqueza muscular ou dificuldade para caminhar	
		Síndrome de Guillain-Barré ou mielite transversa	

Outros eventos adversos: _____

Responsável preenchimento formulário EAPV

Estabelecimento:		
Nome completo:		Matrícula:
Data:	Hora:	

Responsável digitação e-SUS Notifica

Nome completo:		Matrícula:
Data:	Hora:	Nº notificação: