

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

Atenção: Ficha adaptada do Ministério da Saúde/ SVS/ PNI - 2025

Dados de identificação do caso	Nome completo:					Data de nascimento:			Idade:	
	Nome social:									
	Estrangeiro: ☐ Sim ☐ Não		País de origem:		Cartão SUS (CNS) ou Passaporte (estrangeiros):			CPF:		
	Sexo ao nascimento: ☐ Masculino ☐ Feminino		Raça/Cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Ignorada					Se indígena, etnia:		
	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? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado ☐ Não se aplica									
	Criança em aleitamento materno, no momento da vacinação? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado ☐ Não se aplica									
	Gestante no momento da vacinação? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado ☐ Não se aplica						Mês de gestação no momento da vacinação: ____			
	Mulher amamentando no momento da vacinação? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado ☐ Não se aplica									
	Se criança exposta ao imunobiológico na gestação materna, preencha as informações abaixo:									
	Nome da mãe:					Idade gestacional ____ semanas		CPF da mãe:		
	Data de nascimento da mãe:			Idade da mãe:		Raça/Cor da mãe: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ 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: ☐ Suspeito ☐ Concomitante ☐ Interação ☐ Não foi administrado ☐ Ignorado										

Descrição do Evento e classificação de gravidade	Tipo (s) de evento (s): ☐ Erro de imunização ☐ 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)? ☐ Administração de vacina incorreta ☐ Administração de vacina para idade inadequada ☐ Contraindicação à vacina ☐ Dose inadequada de vacina administrada ☐ Dose subterapêutica de vacina ☐ Exposição durante a gravidez ☐ Formulação inadequada de vacina administrada ☐ Intercambialidade de vacina ☐ Intervalo de administração de dose do medicamento muito curto ☐ Utilização de vacina vencida ☐ Vacina com desvio de qualidade ☐ Via incorreta de vacinação ☐ Outro ☐ 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		Hora	
			Início	Término	Início	Término
Evento grave? ☐ Sim ☐ Não		Se grave, qual motivo: ☐ Requeira hospitalização ou prolongue uma hospitalização existente ☐ Ocasiona risco iminente de morte e que exija intervenção clínica imediata para se evitar o óbito ☐ Cause disfunção significativa e/ou incapacidade permanente ☐ Resulte em anomalia congênita ☐ Provoque abortamento ou óbito fetal ☐ Ocasiona o óbito				
Desfecho (apenas para ESAVI): ☐ Cura sem sequelas ☐ Cura com sequelas ☐ Em acompanhamento ☐ Óbito ☐ Desconhecido				Data do desfecho:		
Descrição do caso						
Notificador (a)	Nome do notificador (a):		Data da notificação:			
	CPF notificador(a): _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _		E-mail notificador(a):		Data do recebimento da notificação:	
	Ocupação notificador(a):	UVIS:	CNES:	Estabelecimento notificante e CNES:		

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

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

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).