




Procedimento Operacional Padrão (POP)

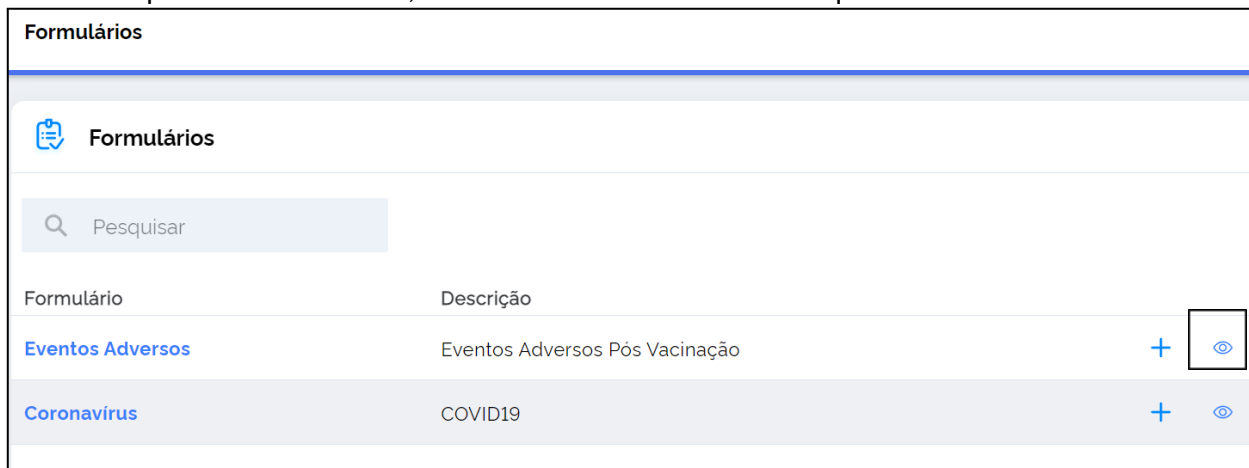
Notificação de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI)/Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV) - Vacinação de Rotina e Campanha



- 1. Objetivo:** Descrever como realizar a notificação de ESAVI/EAPV relacionados à vacinação de rotina e campanha, ocorridos nos serviços vacinadores do município de Porto Alegre.
- 2. Campo de Aplicação:** Este POP se aplica a todos os profissionais que atuam em salas de vacinação.
- 3. Responsabilidades:**
 - 3.1 É de responsabilidade do Coordenador do Núcleo de Imunizações da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) manter este POP atualizado e em conformidade com o referencial teórico preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria Estadual e Municipal de Saúde;
 - 3.2 Todos os demais profissionais e integrantes da equipe de enfermagem devem seguir as orientações contidas neste documento e são responsáveis por garantir seu cumprimento.
- 4. Procedimento:**
 - 4.1 Os ESAVI/EAPV devem ser notificados pela unidade que identificou a ocorrência, independentemente do local em que ocorreu a aplicação da(s) vacina(s);
 - 4.2 Desde 01 de julho de 2022, reações locais leves, febre menor que 39°C, entre outras reações leves como mal estar, sonolência, calafrios, vertigem, cefaleia, mialgia, artralgia, fadiga, dor de garganta, rinorreia, tosse, espirros, inapetência, náusea, vômito e diarreia, que não necessitem de atendimento médico, tenham resolução espontânea e ocorram isoladamente, não deverão mais serem notificados. Caso ocorra serão excluídas/canceladas sem prévio aviso;
 - 4.3 Devem ser notificados todos os casos suspeitos de EAPV graves, moderados, raros e/ou inusitados relacionados às vacinas de rotina ou campanhas;
 - 4.4 Em geral, deve-se suspeitar que qualquer alteração na saúde que ocorra nos primeiros 30 dias após a aplicação de uma vacina pode ser uma consequência da administração da vacina;
 - 4.5 Acessar <https://notifica.saude.gov.br/> e logar:



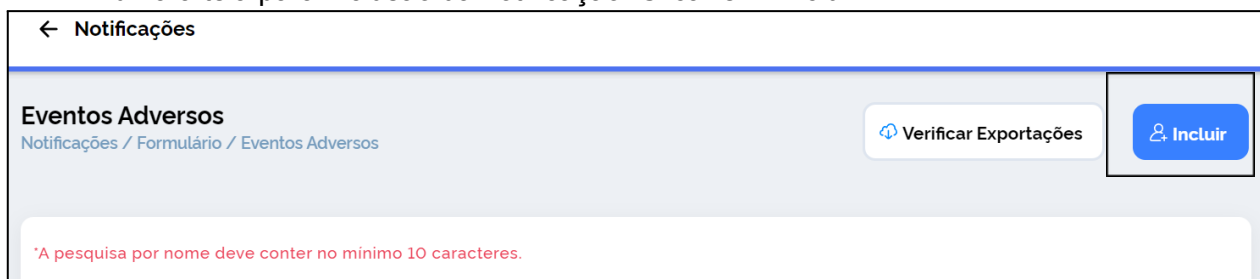


4.6 Ao aparecer a tela inicial, clicar no ícone  na linha que consta “Eventos Adversos”:



Formulário	Descrição	
Eventos Adversos	Eventos Adversos Pós Vacinação	+ 
Coronavírus	COVID19	+ 

4.7 Abrirá a tela para inclusão da notificação. Clicar em “Incluir”:



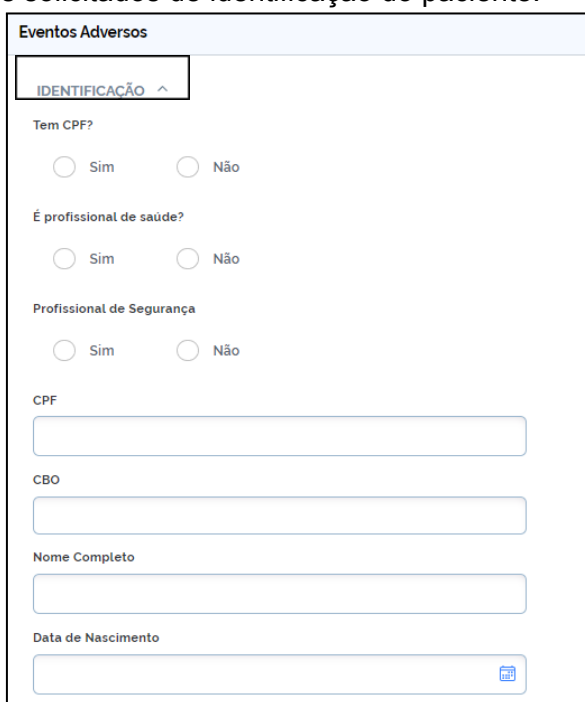
← Notificações

Eventos Adversos
Notificações / Formulário / Eventos Adversos

Verificar Exportações **Incluir**

*A pesquisa por nome deve conter no mínimo 10 caracteres.

4.8 Preencher os dados solicitados de identificação do paciente:



Eventos Adversos

IDENTIFICAÇÃO ^

Tem CPF?

Sim Não

É profissional de saúde?

Sim Não

Profissional de Segurança

Sim Não

CPF

CBO

Nome Completo

Data de Nascimento



4.9 Preencher os dados solicitados referentes à notificação:

DADOS NOTIFICAÇÃO ^

Data da Notificação

04/04/2023

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

Criança em aleitamento materno, no momento da vacinação?

Sim Não

4.10 No local destinado às informações dos imunobiológicos, aparecerão as vacinas que fazem parte do histórico vacinal do paciente. Na notificação, devem constar apenas a(s) vacina(s) envolvida(s) no evento. Aquelas que não fazem parte, devem ser excluídas clicando no ícone

. Caso seja necessário acrescentar, clicar em “Adicionar”.

IMUNOBIOLÓGICOS ^

Imunobiológico (vacina)	Relação imunobiológico ao evento adverso	Nome do Fabricante	Lote
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dose	Via de administração	Local de aplicação	Data da aplicação
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04/04/2023
Hora de aplicação	CNES Resp. pela admin. do imunobiológico	Estratégia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Imunobiológico (vacina)	Relação imunobiológico ao evento adverso	Nome do Fabricante	Lote	Dose	Via de administração	Local de aplicação	Data da apli	
COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVISHIELD	Suspeito	ASTRAZENECA/FIOCRUZ	213VCD004ZVA	2ª Dose			30/04/2021	
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	Suspeito	PFIZER	FG3529	Reforço			04/11/2021	
COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVISHIELD	Suspeito	ASTRAZENECA/FIOCRUZ	4120Z005	1ª Dose			05/02/2021	
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY BIVALENTE	Suspeito	PFIZER	GJ2553	Reforço			27/03/2023	
COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVISHIELD	Suspeito	ASTRAZENECA/FIOCRUZ	21PVCD366Z	2º Reforço			22/07/2022	



4.11 Caso seja necessário alterar alguma informação relacionada à(s) vacina(s) do evento, clicar em . Abrirá os campos para realizar as correções. Após clicar em “Atualizar”.

IMUNOBIOLOGICOS ^

Imunobiológico (vacina)	Relação imunobiológico ao evento adverso	Nome do Fabricante	Lote
COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVX	Suspeito X	ASTRAZENECA/FIOCRUZ X	213VCD004ZVA
Dose	Via de administração	Local de aplicação	Data da aplicação
2ª Dose X			30/04/2021
Hora da aplicação	CNES Resp. pela admin. do imunobiológico	Estratégia	

4.12 O próximo passo é preencher e selecionar o tipo de evento: Evento adverso, reação/evento adverso, data de início, data de término, classificação de gravidade e desfecho. Adicionar todos os eventos relatados. Aqueles eventos que ainda estão em Acompanhamento, o paciente deve ser monitorado quanto à data de término dos sintomas, para preenchimento e modificação dessa informação na notificação.

EVENTO ADVERSO PÓS VACINAÇÃO ^

Tipo de Evento	Reação / evento adverso	Data de início
Evento Adverso X		
Hora Início	Data de término	Hora Término
Classificação de gravidade	Desfecho (evolução do caso)	

4.13 Fazer um breve relato do caso:

NARRATIVA DO CASO E OUTRAS INFORMAÇÕES ^

Descrição do caso



4.14 Preencher as informações sobre o estabelecimento e o responsável pelo preenchimento. Salvar.

RESPONSÁVEL PREENCHIMENTO ^

CNES Estabelecimento
8011060 - DIRETORIA DE VIGILANCIA EM SAUDE X

CPF Responsável
[Redacted]

Nome do profissional
[Redacted]

Ocupação do Profissional
3222 - Técnicos e auxiliares de enfermagem X

Telefone Responsável
[Redacted]

E-mail responsável
[Redacted]

Salvar Cancelar

4.15 Voltará para tela inicial, em que aparecerão todas as notificações, bem como a numeração gerada para cada paciente. É importante que a unidade crie uma forma de monitorar os números das notificações, para poder realizar a pesquisa e verificar o encerramento ou pendências.

Número Notificação	Situação Notificação	Nome Completo	Data de Nascimento	Estado de Residência	Município de Residência	Data da Notificaçã	Ações
01432300249393	Aberto	[Redacted]	08/05/2018	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	03/04/2023	:
01432300249378	Aberto	[Redacted]	22/05/2021	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	03/04/2023	:
01432300249357	Aberto	[Redacted]	25/09/2020	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	03/04/2023	:

4.16 Todas as notificações de ESAVI/EAPV devem ter a notificação e a investigação preenchidas. Sendo assim, depois da primeira etapa que foi a notificação, o próximo passo é realizar a parte de investigação. Notificações incompletas, sem a parte de investigação serão excluídas e canceladas sem prévio aviso.



4.17 Para preenchimento da investigação:

- Realizar a busca pelo número da notificação (como orientado antes, o profissional notificante deve criar formas de ter essa informação):

*A pesquisa por nome deve conter no mínimo 10 caracteres.

- Aparecerá a tela com as informações da notificação. Na coluna “Ações” clicar em

*A pesquisa por nome deve conter no mínimo 10 caracteres.

Número Notificação	Situação Notificação	Nome Completo	Data de Nascimento	Estado de Residência	Município de Residência	Ações
01432300249642	Aberto	[REDACTED]	20/11/2021	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	[...]

- Aparecerá as opções abaixo. Clicar em “Editar Investigação”:

- Editar Notificação
- Editar Investigação**
- Encerrar Notificação
- Cancelar Notificação
- Visualizar Notificação
- Histórico Notificação
- Imprimir Notificação



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
NÚCLEO DE IMUNIZAÇÕES



- Abrirá a tela para alteração da parte de Investigação:

Nome do Paciente
BERNARDO ALVAREZ DA ROSA

Número da Notificação
01432300249642

INVESTIGAÇÃO ^

Data do recebimento da notificação

- As informações referentes aos imunobiológicos envolvidos no evento, preenchidos na parte de Notificação, migrarão para essa etapa de Investigação:

IMUNOBIOLOGICOS ^

Imunobiológico (vacina)	Relação imunobiológico ao evento adverso	Nome do Fabricante	Lote	Dose
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via de administração	Local de aplicação	Data da aplicação	Hora da aplicação	CNES Resp. pela admin. do imunobiológico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estratégia	<input type="text"/>			

Imunobiológico (vacina)	Relação imunobiológico ao evento adverso	Nome do Fabricante	Lote	Dose	Via de administração	Local de aplicação	Data da aplicação	Hora da aplicação	
Hepatite AeBipediatrica	Suspeito	BUTANTAN	210424	D1 - 1ª Dose	IM - Intramuscular	VLD - Vasto Lateral da Coxa Direita	13/03/2023		<input type="button" value="✎"/> <input type="button" value="🗑"/>
Vacina sarampo, caxumba, rubéola	Suspeito	FIOCRUZ	217v9a041z	D1 - 1ª Dose	SC - Subcutânea	FED - Face Externa Superior do Braço Direto	13/03/2023		<input type="button" value="✎"/> <input type="button" value="🗑"/>
Vacina DTP	Suspeito	SERUM-INDIA	2821q005a	R1 - 1ª Reforço	IM - Intramuscular	VLE - Vasto Lateral da Coxa Esquerda	13/03/2023		<input type="button" value="✎"/> <input type="button" value="🗑"/>

- Preencher as informações solicitadas: se já teve ESAVI/EAPV anterior, doenças pré-existentes, se viajou nos últimos 15 dias e se uso algum medicamento antes ou durante a vacinação:

ANTECEDENTES ^

Relato sobre EAPV anterior à presente vacinação

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES ^

Doenças (CID10)

Viajou nos 15 dias anteriores ao início do evento?

Sim

Não

Ignorado

MEDICAMENTO EM USO ANTERIOR OU DURANTE A VACINAÇÃO ^

Medicamento em uso anterior ou durante a vacinação

Sim

Não



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
NÚCLEO DE IMUNIZAÇÕES



- As informações referentes aos eventos, preenchidos na parte de Notificação, migrarão para essa etapa de Investigação:

EVENTO ADVERSO PÓS VACINAÇÃO ^

Tipo de Evento	Reação / evento adverso	Data de início	Hora Início	Data de término
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hora Término	Classificação de gravidade	Desfecho (evolução do caso)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Tipo de Evento	Reação / evento adverso	Data de início	Hora Início	Data de término	Hora Término	Duração Evento/ Dia	Duração Evento/ Horas	Duração Evento/ Min
Evento Adverso	Dermatite alérgica	14/03/2023	08:00	17/03/2023	19:00	3		

- Realizar um breve relato do evento e adicionar:

Descrição detalhada do Evento Adverso

Houve atendimento médico?

- Sim
 Não

EXAMES COMPLEMENTARES ^

Nome do exame	Resultado do exame	Data da realização do exame
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Preencher CID-10 diagnóstico e adicionar:

DIAGNÓSTICO ^

Diagnóstico (CID-10)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
NÚCLEO DE IMUNIZAÇÕES



- Preencher as informações sobre o estabelecimento e o responsável pelo preenchimento. Salvar.

RESPONSÁVEL PREENCHIMENTO ^

CNES Estabelecimento

8011060 - DIRETORIA DE VIGILANCIA EM SAUDE

CPF Responsável

Nome do profissional

Ceura Beatriz de Souza Cunha

Ocupação do Profissional

3222 - Técnicos e auxiliares de enfermagem

Telefone Responsável

E-mail Responsável

Data da Investigação

05/04/2023

Salvar

Cancelar

ATENÇÃO: Pendências de informações para o desfecho e definição de conduta para o ESAVI/EAPV ocorrido, serão solicitados para o e-mail do profissional notificante. Caso não haja resposta, a notificação será cancelada, devendo ser inserida no sistema novamente.

5.Elaboração:

Elaborado em 30/06/2023 por: Ceura Beatriz de Souza Cunha

Coren: 326015

Autorizado em 30/06/2023 por: Renata Lobatto Capponi

Coren: 164477