



Ministério da Saúde Pública

DIREÇÃO DO SERVIÇO DE IMUNIZAÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Formulário de Investigação de Manifestações Adversas Pós Imunização (MAPI)

(Apenas para manifestações adversas graves após a imunização Morte / Incapacidade / Hospitalização / Cluster)

SECÇÃO A		DADOS BÁSICOS			
Número de identificação de caso* / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / * A atribuir pela equipa de MAPI central : Código país - Código RS - Código Área sanitária – Ano ----- N° de caso					
Região Sanitária:		Área Sanitária:		Estrutura Sanitária:	
Local de Vacinação: () Centro de Saúde Público () Centro de Saúde Particular () Outro. Especifique _____ Vacinado em: () Campanha () Rotina () Outro. Especifique _____					
Endereço do Local de Vacinação:					
Nome do Relator da Investigação do Caso:			Data da Investigação: ____ / ____ / ____ Data do Preenchimento deste formulário: ____ / ____ / ____		
Cargo e Função: Número de Contato com Código: Este Relatório é: Primeiro () Intermediário () Final ()			e-mail: Sexo: M () F ()		
Nome do Paciente: (Use um formulário separado para cada caso em um aglomerado)					
Data de Nascimento (DD/MM/AAAA): ____ / ____ / ____					
Idade: _____					
Endereço Completo do Paciente com pontos de referência (nome da rua, número da casa, localidade, número de telefone, etc.):					
Nome das Vacinas/Diluentes recebidos pelo paciente	Data da Vacinação	Horário da Vacinação	Dose (1ª, 2ª, 3ª)	Número do Lote	Data de Validade
				Vacina:	Vacina:
				Diluyente:	Diluyente:
				Vacina:	Vacina:
				Diluyente:	Diluyente:
				Vacina:	Vacina:
				Diluyente:	Diluyente:
				Vacina:	Vacina:
				Diluyente:	Diluyente:
Tipo de Local: Fixo: () Móvel: () Outro: () Especifique _____					
Data do primeiro sintoma / chave (DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____			Hora do primeiro sintoma (hh / mm):		
Data de hospitalização (DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____					
Data informada pela primeira vez à autoridade de saúde (DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____					
Estado na data da investigação: () Morte () Incapacitado () Se Recuperando () Se Recuperado completamente () Desconhecido					
Se faleceu, data e hora da morte (DD / MM / AAAA): ____ / ____ / ____ (hh / mm):					
Autópsia concluída? () Sim (data) ____ / ____ / ____ () Não. () Planejado em (data) : ____ / ____ / ____ Hora _____ Anexar relatório (sedisponível)					

SECÇÃO B INFORMAÇÕES RELEVANTES DO PACIENTE ANTES DA IMUNIZAÇÃO

Critério	Antecedentes	Descoberta dos critérios de antecedentes (em caso afirmativo, forneça detalhes)
História anterior com manifestação semelhante	Sim/Não/Desconhecido	
Manifestação adversa Pós Imunização	Sim/Não/Desconhecido	
História de alergia a vacina, medicamento ou alimento	Sim/Não/Desconhecido	
Doença pré-existente (30 dias) / distúrbio congênito	Sim/Não/Desconhecido	
História de Hospitalização nos últimos 30 dias, com causa	Sim/Não/Desconhecido	
Paciente atualmente em uso de medicação concomitante à vacinação? (se sim, nome do medicamento, indicação, doses e datas de tratamento)	Sim/Não/Desconhecido	
História familiar de qualquer doença (relevante para EAPV) ou alergia	Sim/Não/Desconhecido	
Para mulheres adultas: <ul style="list-style-type: none">• Actualmente grávida? () Sim (semanas) _____ () Não / () Desconhecido• Amamentando atualmente? () Sim () Não		
Para crianças: O nascimento foi: () a termo () pré-termo () pós-termo. Peso ao nascer: O procedimento de parto foi: () normal () cesariana assistida (fórceps, vácuo etc.) () complicação (especificar)		

SECÇÃO C DETALHES DO PRIMEIRO EXAME DE MAPI GRAVE **

Fonte de informação (todas as que se aplicam): () Exame pelo investigador () Documentos () Autópsia verbal () Outro

Se for autópsia verbal, por favor mencione a fonte
Nome da pessoa que examinou/ tratou o paciente pela primeira vez: _____
Nome de outras pessoas que trataram o paciente: _____
Outras fontes que forneceram informações (especifique): _____

Sinais e sintomas em ordem cronológica a partir do momento da vacinação:

Nome e informações de contato da pessoa que preencheu esses detalhes clínicos	Designação/Função:	Data/Hora:
---	--------------------	------------

**** Instruções - Anexe cópias de TODOS os documentos disponíveis (incluindo ficha de caso, resumo de alta, relatórios de laboratório e relatórios de autópsia) e, em seguida, preencha as informações adicionais NÃO DISPONÍVEIS em documentos existentes, ou seja,**

- Se o paciente recebeu atendimento médico anexe cópias de todos os documentos disponíveis (incluindo folha de caso, resumo de alta, relatórios de laboratório e relatórios de autópsia, se disponíveis) e escreva apenas as informações que não estão disponíveis nos documentos anexados abaixo
- Se o paciente não recebeu atendimento médico - obtenha o histórico, examine o paciente e anote suas descobertas abaixo (adicione folhas adicionais, se necessário)

Diagnóstico provisório / final:

SEÇÃO D DETALHES DAS VACINAS FORNECIDAS NO LOCAL VINCULADO AO MAPI NO DIA CORRESPONDENTE										
Número de Vacinados para cada vacina no local da sessão	Nome da Vacina									
	Número de Vacinados									
a) Quando o paciente foi imunizado? (Marque com o X abaixo e responda todas as perguntas)										
() Durante as primeiras sessões de vacinação () Durante as últimas sessões de vacinação () Desconhecido										
No caso de frascos multidose: () a vacina foi administrada nas primeiras doses do frasco administrado? () as últimas doses do frasco administrado? () desconhecido?										
b) Houve erro na prescrição ou não adesão às recomendações de uso desta vacina?								() Sim* () Não () Incapaz		
c) Com base em sua investigação, você acha que a vacina (componentes) administrada poderia não ser estéril?								() Sim* () Não () Incapaz de Avaliar		
d) Com base em sua investigação, você acha que a condição física da vacina (por exemplo, cor, turbidez, substâncias estranhas etc.) estava anormal no momento da administração?								() Sim* () Não () Incapaz de Avaliar		
e) Com base em sua investigação, você acha que houve um erro na reconstituição da vacina /preparação pelo vacinador (por exemplo, produto errado, diluente errado, mistura inadequada, enchimento incorreto da seringa, etc.)?								() Sim* () Não () Incapaz de Avaliar		
f) Com base na sua investigação, você acha que houve um erro no manuseio da vacina (por exemplo, quebra na cadeia de frio durante o transporte, armazenamento e / ou sessão de imunização, etc.)?								() Sim* () Não () Incapaz de Avaliar		
g) Com base em sua investigação, você acha que a vacina foi administrada incorretamente (por exemplo, dose, local ou via de administração errada, tamanho de agulha errado, não seguiu as boas práticas de injeção, etc.)?								() Sim* () Não () Incapaz de Avaliar		
h) Número de ampolas/frascos em questão										
i) Número imunizados com a vacina em questão na mesma sessão										
j) Número imunizados com a vacina em questão tendo o mesmo número de lote em outros locais. Especifique os locais:										
k) Este caso faz parte de um cluster?								() Sim* () Não () Desconhecido		
Se sim, quantos outros casos foram detectados no cluster?										
a. Todos os casos do cluster receberam vacina do mesmo frasco?								() Sim* () Não () Desconhecido		
b. Se não, número de frascos usados no cluster (insira os detalhes separadamente)										

***É obrigatório fornecer explicações para essas respostas separadamente**

SEÇÃO E Práticas de imunização no (s) local (is) onde a vacina em questão foi usada (Complete esta seção perguntando e / ou observando a prática)	
Seringas e Agulhas usadas:	
• As seringas de AD (desativação automática) são usadas para imunização?	() Sim () Não () Desconhecido
Em caso negativo, especifique o tipo de seringa usada: () Vidro () descartável () Reciclado descartável () Outro	
Principais conclusões / observações adicionais e comentários específicos:	

Reconstituição: (preencher apenas se aplicável, Marque com X NA se não aplicável)			
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimento de reconstituição (X) Mesma seringa de reconstituição usada para vários frascos da mesma vacina? Mesma seringa de reconstituição usada para reconstituir diferentes vacinas? Seringa de reconstituição separada para cada frasco de vacina? Seringa de reconstituição separada para cada vacina?	Situação		
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NA
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NA
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NA
<ul style="list-style-type: none"> • As vacinas e diluentes usados são iguais aos recomendados pelo fabricante? 	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NA
Principais conclusões / observações adicionais e comentários específicos:			
SEÇÃO F Cadeia de frio e transporte (Complete esta seção perguntando e / ou observando a prática)			
Armazenamento da vacina:			
<ul style="list-style-type: none"> • A temperatura do refrigerador de armazenamento da vacina é monitorada? 	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido
<ul style="list-style-type: none"> • Se "sim", houve algum desvio fora de 2-8 ° C depois que a vacina foi colocada no interior? • • o Se "sim", forneça detalhes de monitoramento separadamente. 	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido
<ul style="list-style-type: none"> • O procedimento correto de armazenamento de vacinas, diluentes e seringas foi seguido? 	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido
<ul style="list-style-type: none"> • Algum outro item (diferente de vacinas e diluentes de SIVE) estava na geladeira ou freezer? 	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido
<ul style="list-style-type: none"> • Havia alguma vacina reconstituída parcialmente usada no refrigerador? • 	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido
<ul style="list-style-type: none"> • Havia alguma vacina inutilizável (vencida, sem rótulo, VVM nos estágios 3 ou 4, congelada) na geladeira? 	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido
<ul style="list-style-type: none"> • Havia algum diluente inutilizável (expirado, fabricante diferente, ampola rachada, suja) na loja? 	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido
Principais conclusões / observações adicionais e comentários específicos:			
Transporte de Vacinas			
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de portador de vacina usado 			
<ul style="list-style-type: none"> • O portador da vacina foi enviado ao local no mesmo dia da vacinação? 	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido
<ul style="list-style-type: none"> • O portador da vacina foi devolvido do local no mesmo dia da vacinação? • 	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido
<ul style="list-style-type: none"> • Foi usado acumulador? 	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido
Principais conclusões / observações adicionais e comentários específicos:			
SEÇÃO G Investigação da comunidade (visite a localidade e entreviste pais / outras pessoas)			
Alguma manifestação semelhante foi relatada em um período de tempo semelhante ao de quando a manifestação adversa ocorreu e na mesma localidade? Sim / Não / Desconhecido Se sim, descreva:			

Se sim, quantos eventos / episódios?

Dos efetuados, quantos são

- Vacinado: _____
- Não vacinado: _____
- Desconhecido: _____

Outros Comentários

SEÇÃO H

Outras descobertas / observações / comentários