

Região Sanitária:

Área Sanitária:

Estrutura Sanitária:

Equipa de Vacinação N° _____

População Alvo:

DATA ____ / ____ /20

Nome do Supervisor da equipa:

NUMERO TEL: _____

FICHA DE MARCAÇÃO DIÁRIO SARAMPO RUBEÓLA

FAIXA ETARIA	9 - 11 MESES						TOTAL MASC + FEM	12-23 MESES						TOTAL MASC + FEM	24-59 MESES						TOTAL MASC + FEM	5- 14 ANOS										TOTAL MASC + FEM	TOTAL VACINADOS 9 M-14 ANOS	
	MASC			FEM				MASC			FEM				MASC			FEM				MASC					FEM							
SARAMPO RUBEOLA	1	2	3	1	2	3		1	2	3	1	2	3		1	2	3	1	2	3		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
	4	5	6	4	5	6		4	5	6	4	5	6		4	5	6	4	5	6		6	7	8	9	10	6	7	8	9	10			
	7	8	9	7	8	9		7	8	9	7	8	9		7	8	9	7	8	9		11	12	13	14	15	11	12	13	14	15			
	10	11	12	10	11	12		10	11	12	10	11	12		10	11	12	10	11	12		16	17	18	19	20	16	17	18	19	20			
	13	14	15	13	14	15		13	14	15	13	14	15		13	14	15	13	14	15		21	22	23	24	25	21	22	23	24	25			
	16	17	18	16	17	18		16	17	18	16	17	18		16	17	18	16	17	18		26	27	28	29	30	26	27	28	29	30			
	19	20	21	19	20	21		19	20	21	19	20	21		19	20	21	19	20	21		31	32	33	34	35	31	32	33	34	35			
	22	23	24	22	23	24		22	23	24	22	23	24		22	23	24	22	23	24		36	37	38	39	40	36	37	38	39	40			
	25	26	27	25	26	27		25	26	27	25	26	27		25	26	27	25	26	27		41	42	43	44	45	41	42	43	44	45			
	28	29	30	28	29	30		28	29	30	28	29	30		28	29	30	28	29	30		46	47	48	49	50	46	47	48	49	50			
	31	32	33	31	32	33		31	32	33	31	32	33		31	32	33	31	32	33		51	52	53	54	55	51	52	53	54	55			
	34	35	36	34	35	36		34	35	36	34	35	36		34	35	36	34	35	36		56	57	58	59	60	56	57	58	59	60			
	37	37	39	37	37	39		37	37	39	37	37	39		37	37	39	37	37	39		61	62	63	64	65	61	62	63	64	65			
	40	41	42	40	41	42		40	41	42	40	41	42		40	41	42	40	41	42		66	67	68	69	70	66	67	68	69	70			
	43	44	45	43	44	45		43	44	45	43	44	45		43	44	45	43	44	45		71	72	73	74	75	71	72	73	74	75			
	46	47	48	46	47	48		46	47	48	46	47	48		46	47	48	46	47	48		76	77	78	79	80	76	77	78	79	80			
TOTAL																																		
MAPI	N.Grave	1	2	3	1	2	3		1	2	3	1	2	3		1	2	3	1	2	3		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
	Grave	1	2	3	1	2	3		1	2	3	1	2	3		1	2	3	1	2	3		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
FRASCOS RECEBIDOS						FRASCOS UTILIZADOS						FRASCO PERDIDOS						STOCK						OBS:										



República da Guiné-Bissau
Ministério da Saúde Pública



Direção Geral de Saúde Materna Infantil
Serviço de Imunização e Vigilância Epidemiológica
CARTÃO DE ACTIVIDADE DE VACINAÇÃO SUPLEMENTAR

Região Sanitária de: _____

Área Sanitária de: _____

Bairro/Tabanca: _____

Nome e Apelido _____

Nome e Apelido da Mãe/Pai _____

Data de nascimento ou idade _____

Designação	Data de Administração
Sarampo/Rubeola	
Vitamina A	
Mebendazol/Albendazol	

Assinatura de técnico de saúde _____

OBS: Guarde este cartão com cuidado.

Apresente-o sempre que for vacinar-se ou consultar na Estrutura Sanitária



República da Guiné-Bissau
Ministério da Saúde Pública



Direção Geral de Saúde Materna Infantil
Serviço de Imunização e Vigilância Epidemiológica
CARTÃO DE ACTIVIDADE DE VACINAÇÃO SUPLEMENTAR

Região Sanitária de: _____

Área Sanitária de: _____

Bairro/Tabanca: _____

Nome e Apelido _____

Nome e Apelido da Mãe/Pai _____

Data de nascimento ou idade _____

Designação	Data de Administração
Sarampo/Rubeola	
Vitamina A	
Mebendazol/Albendazol	

Assinatura de técnico de saúde _____

OBS: Guarde este cartão com cuidado.

Apresente-o sempre que for vacinar-se ou consultar na Estrutura Sanitária



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DOS EFEITOS INDESEJÁVEIS DE MEDICAMENTOS, VACINAS E PRODUTOS DE SAÚDE

<i>NOTIFICADOR</i>	Nome e apelido	Categoria profissional	Telef/Fax	Data Notificação

PACIENTE

EFEITOS INDESEJÁVEIS

Nome e Apellido			
Idade	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Peso (kg)	Altura (cm)
Gravidez em curso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Amamentação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Medicamento Tradicional <input type="checkbox"/> Tratam Crónico Antecedentes medicamentosos pertinentes, reacção anterior aos medicamentos, exames de Laboratório (comentários no verso) Endereço: Telf.: Bairro/Tabanca Sector Região			

Breve descrição de efeito indesejável	
Data de início : Hora ____/ Dia ____/ Mês ____/ Ano ____/	
Dados relevantes do laboratório	Tratamento correctivo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Evolução dos efeitos indesejável	
<input type="checkbox"/> Motivou hospitalização <input type="checkbox"/> Prolongou hospitalização <input type="checkbox"/> Malformação congénita	<input type="checkbox"/> Recuperou sem sequelas <input type="checkbox"/> Recuperou com sequelas <input type="checkbox"/> Não recuperou ainda
<input type="checkbox"/> Risco de vida <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Desconhecido	
Suspendeu o medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Diminuiu a dose do medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O efeito indesejável desapareceu ou diminuiu após a suspensão da dose do medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	O efeito indesejável reapareceu após a reintrodução do medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica

MEDICAMENTO(S) E /OU PRODUTO(S) TOMADO DENTRO DO PERÍODO

DCI	Nome Comercial / Fabricante	A apresentação	Data de validade	Lugar de Adquis	Via e local de adm.	Posologia	Data da Toma		Motivo de Trat	Por favor indicar
							Início	Fim		
			/ /				/ /	/ /		<input type="checkbox"/> Automedicação <input type="checkbox"/> Farmacod dependência <input type="checkbox"/> Erro terapêutico <input type="checkbox"/> Alergia
			/ /				/ /	/ /		
			/ /				/ /	/ /		
			/ /				/ /	/ /		

Se Vacina: Qual Nº de lote: Vacina Disolvente Local de Vacinação Público Privado Campanha de Vacinação

A acrescentar informações complementares no verso

PAIS GUINE-BISSAU					CAMPANHA DE VACINAÇÃO INTEGRADA SARAMPO RUBEÓLA, SUPLIMENTAÇÃO VIT.A E DESP. ALBENDAZOL																								
Região Sanitária _____					Área Sanitária: _____					Estrutura Sanitária: _____					Equipa de Vacinação N° _____;														
População Alvo: _____					DATA: _____ / _____ / _____																								
Nome do Supervisor da equipa: _____					Telefone: _____					Estratégia: Fixa: /____/					Avançada /____/					Móvel: /____/									

FICHA DE CONTAGEM DIÁRIA

VITAMINA A															ALBENDAZOL																			
6- 11 MESES					12 - 59 MESES										12 - 59 MESES																			
MASC					FEM					MASC					FEM					MASC					FEM									
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	8	9	10	11	7	8	9	10	11	7	8	9	10	11	7	8	9	10	11	7	8	9	10	11	7	8	9	10	11					
12	13	14	15	16	12	13	14	15	16	12	13	14	15	16	12	13	14	15	16	12	13	14	15	16	12	13	14	15	16					
17	18	19	20	21	17	18	19	20	21	17	18	19	20	21	17	18	19	20	21	17	18	19	20	21	17	18	19	20	21					
22	23	24	25	26	22	23	24	25	26	22	23	24	25	26	22	23	24	25	26	22	23	24	25	26	22	23	24	25	26					
27	28	29	30	31	27	28	29	30	31	27	28	29	30	31	27	28	29	30	31	27	28	29	30	31	27	28	29	30	31					
32	33	34	35	36	32	33	34	35	36	32	33	34	35	36	32	33	34	35	36	32	33	34	35	36	32	33	34	35	36					
37	37	38	40	41	37	37	38	40	41	37	37	38	40	41	37	37	38	40	41	37	37	38	40	41	37	37	38	40	41					
42	43	44	45	46	42	43	44	45	46	42	43	44	45	46	42	43	44	45	46	42	43	44	45	46	42	43	44	45	46					
47	48	49	50	51	47	48	49	50	51	47	48	49	50	51	47	48	49	50	51	47	48	49	50	51	47	48	49	50	51					
52	53	54	55	56	52	53	54	55	56	52	53	54	55	56	52	53	54	55	56	52	53	54	55	56	52	53	54	55	56					
57	58	59	60	61	57	58	59	60	61	57	58	59	60	61	57	58	59	60	61	57	58	59	60	61	57	58	59	60	61					
TOTAL																																		
RECEBIDOS					UTILIZADOS:					ADMINISTRADOS:					STOCK:																			
VIT.A 100.000 UI		VIT.A 200.000		ALB. 500 MG	VIT.A 100.000 UI		VIT. A 200.000 UI			ALB. 500 MG		VIT. A 100.000 UI			VIT.A 200.000 UI		ALB. 500MG	VIT.A 100.000 UI		VIT.A 200.000 UI		ALB. 500 MG												

OBS: _____

Campanha Nacional Integrada de Vacinação Sarampo-Rubeola, suplementação com Vitamina A e desparasitação com Albendazol

PAÍS: GUINE - BISSAU

Região: _____ **Área Sanitária** _____ **Bairro/Tabanca:** _____

FICHA DE CONTAGEM

ZONA DIFÍCIL ACESSO:(ilhas,estradas em maus condições recusas crónicas e outras situações)

SIM / _____ / NÃO/ _____ /

Bairro/Tabanca/Rua	Nome completo do chefe da família visitada	ALVOS IDENTIFICADOS																									
		Número de pessoas maiores de 15 anos sensibilizados										Número de crianças de 6-11 meses				Número de crianças de 12 -23 meses				Número de crianças de - 24- 59 meses				Numero de Crianças de 5- 14 anos			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8
		Total										Total				Total				Total							

Bairro/Tabanca/Rua	Nome completo do chefe da família visitada	Número de relutância ou recusa					Número recusa gerenciada				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10	6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15	11	12	13	14	15
		16	17	18	19	20	16	17	18	19	20
		21	22	23	24	25	21	22	23	24	25
Total :		Total :					Total				

Número de casos de PFA (Doença de pie mole)		Número de casos suspeito de TNN (Mininos ku kunsu padido)		Numero de casos suspeita de Sarampo		Número de casos suspeito de febre amarela		Numero de casos suspeito de Meningite	
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
3	4	3	4	3	4	3	4	3	4
5	6	5	6	5	6	5	6	5	6
7	8	7	8	7	8	7	8	7	8
9	10	9	10	9	10	9	10	9	10
Total :		Total :		Total :		Total :		Total :	

Nome do Mobilizador _____ **Nome do Ponto Focal, Comunicação:** _____

Data _____ **Assinatura** _____ **Data** _____ **Assinatura** _____

Campanha Nacional Integrada de Vacinação Sarampo-Rubeola, suplementação com Vitamina A e desparasitação com Albendazol

PAÍS: GUINE - BISSAU

Região: _____ **Área Sanitária** _____ **Bairro/Tabanca:** _____

FICHA DE CONTAGEM

ZONA DIFICIL ACESSO:(ilhas,estradas em maus condições recusas cronicas e outras situações)		SIM / _____ / NÃO/ _____ /																														
Bairro/Tabanca/Rua	Nome completo do chefe da família visitada	Número de pessoas maiores de 15 anos sensibilizados										ALVOS IDENTIFICADOS																				
												Número de crianças de 6-11 meses				Número de crianças de 12 -23 meses				Número de crianças de - 24- 59 meses				Número de Crianças de 5-14 anos					Número de Crianças zero dose			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	6	7	8	9	10	5	6	7	8
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	6	7	8	9	10	5	6	7	8
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	6	7	8	9	10	5	6	7	8
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	6	7	8	9	10	5	6	7	8
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	6	7	8	9	10	5	6	7	8
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	6	7	8	9	10	5	6	7	8
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	6	7	8	9	10	5	6	7	8
		Total										Total				Total				Total												

Bairro/Tabanca/Rua	Nome completo do chefe da família visitada	Número de relutância ou recusa					Número recusa gerenciada				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10	6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15	11	12	13	14	15
		16	17	18	19	20	16	17	18	19	20
		21	22	23	24	25	21	22	23	24	25
Total :		Total :					Total				

Número de casos de PFA (Doença de pie mole)		Número de casos suspecto de TNN (Mininos ku kunsu padido)		Numero de casos suspeita de Sarampo		Número de casos suspecto de febre amarela		Numero de casos suspeito de Meningite	
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
3	4	3	4	3	4	3	4	3	4
5	6	5	6	5	6	5	6	5	6
7	8	7	8	7	8	7	8	7	8
9	10	9	10	9	10	9	10	9	10
Total :		Total :		Total :		Total :		Total :	

Nome do Mobilizador _____		Nome do Ponto Focal, Comunicação: _____							
Data _____	Assinatura _____	Data _____	Assinatura _____						

Republica da Guiné-Bissau
CAMPANHA DE VACINAÇÃO INTEGRADA SARAMPO RUBEÓLA, SUPLIMENTAÇÃO VIT.A E DESP. ALBENDAZOL

Região: _____ Área Sanitária: _____ Nome Mobilizador: _____ Data: ____/____/____

FICHA DE RUMORES

Nº	Rumores ou desinformação relatados	FONTE DO RUMOR		
		Terreno (líder religioso ou comunitário, família, amigos, colega)	Em linha (Facebook, Instagram, WhatsApp, TIK-TOK, Site, etc.) (observe o nome da página ou grupo)	(Rádio, TV, jornal, SMS, Flyer, etc.) (Anote o nome da emissora ou canal ou programa)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Republica da Guiné-Bissau
CAMPANHA DE VACINAÇÃO INTEGRADA SARAMPO RUBEÓLA, SUPLIMENTAÇÃO VIT.A E DESP. ALBENDAZOL

Região: _____

Área Sanitária: _____

Data: ____ / ____ / ____

FICHA SÍNTESE DE RUMORES

Nº	Nome do Mobilizador	Rumores ou desinformação relatados	FONTE DO RUMOR		
			Terreno (líder religioso ou comunitário, família, amigos, colega)	Em linha (Facebook, Instagram, WhatsApp, TIK-TOK, Site, etc.) (observe o nome da página ou grupo)	(Rádio, TV, jornal, SMS, Flyer, etc.) (Anote o nome da emissora ou canal ou programa)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Nome do Ponto Focal, Comunicação: _____

Data _____

Assinatura _____

Contacto: _____