

COVID-19

PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO



PREFEITURA DE
BIGUAÇU

PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Biguaçu,
Fevereiro 2021

Atualizado em 09 de fevereiro de 2021.

Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, 114 - Praia João Rosa, Biguaçu
Bairro Praia João Rosa – Biguaçu – Santa Catarina - CEP 88160-000
Telefone (48) 3039-8500

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EQUIPE GESTORA:

Prefeito Municipal de Biguaçu

Salmir da Silva

Secretário Municipal de Saúde de Biguaçu

Bruno Célio da Silva

Superintendência da Saúde

Thayse da Rosa

Diretor Executivo de Saúde Pública

Clemilson Augusto de Souza

Diretora Executiva e Administrativa de Vigilância em Saúde

Mariana Ester Borges Costa

Diretora da Atenção Básica e Educação Permanente

Carolina Kahl

Diretora de Pronto Atendimento e Urgência

Déborah Pontes de Oliveira Barreto

Diretora da Policlínica Municipal

Karolina Polucenio

Gerência de Enfermagem

Kamylla Santos da Cunha

Comissão Permanente de Planejamento de Estratégia de Enfrentamento da Pandemia COVID-19

Aline Piacessi Arceno

Antero Claiton Varela

Bruno Celio da Silva

Carolina Kahl

Clemilson Augusto de Souza

Déborah Pontes de Oliveira Barreto

Euclides da Cunha Correa

José Ricardo Bim Gomes

Karolina Polucenio

Kamylla Santos da Cunha

Laís Mayer Pauli

Mariana Ester Borges Costa

Rosecleia Meurer Silveira

Roberta Jaschke Guimarães

Thayse Rosa

1 APRESENTAÇÃO

Em consonância com o Plano Estadual de Vacinação contra a Covid-19, o município de Biguaçu lança seu Plano Municipal de Vacinação, de forma a operacionalizar e definir estratégias para execução das atividades.

Nesse sentido, a vacinação ocorrerá em etapas obedecendo aos critérios logísticos de recebimento e distribuição das doses pelo Ministério da Saúde (MS). Cada etapa será realizada respeitando as diretrizes que serão estabelecidas pela equipe técnica da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado, alinhada com o MS, priorizando grupos e considerando informações sobre nuances epidemiológicas, comorbidades e dados populacionais.

2 FASES DA VACINAÇÃO

Conforme estabelecido pela coordenação do MS, a vacinação ocorrerá de acordo com as seguintes fases:

- **Fase 1:** Trabalhadores da saúde, população idosa a partir dos 75 anos de idade, pessoas com 60 anos ou mais que vivem em Instituições de Longa Permanência (ILP) (como asilos e instituições psiquiátricas), pessoas a partir de 18 anos com deficiência institucionalizadas e população indígena;
- **Fase 2:** Pessoas de 60 a 74 anos (+ Fase 1 residual);
- **Fase 3:** Pessoas com comorbidades que apresentam maior chance para agravamento da doença (como portadores de doenças renais crônicas, cardiovasculares, entre outras) (+ Fase 1 e 2 residual);
- **Fase 4:** Professores, forças de segurança e salvamento, funcionários do sistema prisional (+ Fase 1, 2 e 3 residual).

Ressaltamos que mesmo dentro de cada fase, a vacinação será escalonada conforme recebimento das doses. Assim, a primeira remessa de 1.060 doses, sendo 206 para população indígena aldeada, 127 para idosos institucionalizados e o restante destinado aos profissionais de saúde conforme deliberação da Comissão de

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Intergestores Bipartite (CIB) em 18/01/2021, sendo definido que nesse primeiro momento os municípios devem contemplar profissionais de saúde que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) COVID-19, emergência COVID-19, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), atendimento clínico hospitalar COVID-19, equipe móvel COVID-19 frente à vacinação, vacinadores, população idosa residentes de ILP, indígenas aldeados e pessoas a partir de 18 anos com deficiência institucionalizadas. As 520 doses recebidas na segunda remessa serão destinadas conforme deliberação da CIB em 25/01/2021 sendo incluídos neste momento: profissionais envolvidos no Atendimento Pré Hospitalar (APH) móvel, profissionais que atuam no atendimento clínico do paciente com suspeita e/ou confirmado com COVID-19, independentemente do nível de atenção (unidade básica de saúde, unidades de triagem, hospitais, ambulatórios, entre outros), profissionais que atuam na coleta para diagnóstico laboratorial da COVID-19. A estratégia desta etapa está descrita no item 6.

Cabe esclarecer que todos os trabalhadores da saúde serão contemplados com a vacinação (ANEXO I), entretanto a ampliação da cobertura desse público será gradativa, conforme disponibilidade de vacinas.

Serão necessárias, para completar o esquema vacinal e garantir a eficácia máxima da vacina, duas doses da mesma vacina, ou seja, mesmo laboratório que foi iniciado o esquema.

No decorrer da campanha de vacinação contra a COVID-19, será realizada também a campanha de vacinação contra a Influenza, conforme descrito no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Biguaçu tem como público alvo estimado para Influenza 25.000 pessoas, o que corresponde a aproximadamente 35% da população.

2.1 COMPETÊNCIAS DO GOVERNO ESTADUAL:

- Armazenamento das vacinas e insumos recebidos do governo federal;
- Logística para distribuição aos municípios;

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Apoio na capacitação dos profissionais vacinadores;
- Complementação do provimento de seringas e agulhas, que serão fornecidos pelo MS.

2.2 COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO:

- Armazenamento dos imunobiológicos e insumos recebidos;
- Controle na distribuição para as Unidades de Saúde vacinadoras;
- Dispor de profissionais capacitados para vacinação;
- Mobilizar a população alvo de campanha;
- Garantir estrutura e organizar logística para oferta da vacina;
- Disponibilizar e executar a vacinação dos grupos de acordo com as etapas estabelecidas;
- Registro das doses aplicadas;
- Identificar e monitorar possíveis eventos adversos relacionados a vacinação.

3 POPULAÇÃO ESTIMADA

Baseado nos planos nacional e estadual de vacinação contra a COVID-19, a campanha irá ocorrer em fases, onde serão priorizados grupos segundo critérios de exposição à infecção e de maiores riscos para agravamento e óbito pela doença. Assim, estimamos vacinar:

GRUPO ALVO	POPULAÇÃO ESTIMADA
Trabalhadores da saúde	1539
Idosos a partir de 75 anos	1786
Pessoas a partir de 60 anos residentes de ILPI	200
Indígenas	206
Pessoas de 60 a 74 anos	5219
Pessoas com comorbidades	5170

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Professores	813
Forças de segurança e salvamento	175
Funcionários do sistema prisional	49
TOTAL	15.157

4 INSUMOS NECESSÁRIOS

O MS sinalizou que fará a aquisição dos insumos que serão utilizados para a campanha de vacinação para COVID-19, incluindo seringas e agulhas necessárias. Além disso, a Secretaria Estadual de Saúde (SES), se necessário, fará aquisição para garantir que não haja falta de insumos conforme o planejamento realizado.

A previsão de insumos para Biguaçu é de:

- SERINGAS 3ML OU 1 ML: 35.000 unidades.
- AGULHA 25x6 e/ou 25x7: 35.000 unidades.
- ALGODÃO: 30 pacotes.
- DESCARPACK de 7 litros: 4000 unidades.

Salientamos que o município de Biguaçu estará preparado para a aquisição dos insumos necessários, no caso de não recebimento das instâncias superiores.

5 DIMENSIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O município possui estrutura de rede de frio constituída por uma Central Municipal de Rede de Frio e 11 salas de vacinas ativas distribuídas em todo território. Possui 12 vacinadores capacitados, e uma câmara fria com autonomia de 16 horas com espaço suficiente para acondicionamento das doses que serão recebidas.

5.1 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM SALA DE VACINA ATIVA NO MUNICÍPIO:

1. UBS Bom Viver
2. UBS Marco Antônio
3. UBS Jardim Janaína

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

4. UBS Vendaval
5. UBS Santa Catarina
6. UBS Prado
7. UBS Três Riachos
8. UBS Cachoeiras
9. UBS Centro
10. UBS Saveiro
11. Policlínica

5.2 EQUIPES VOLANTE

- Unidade Móvel COVID-19
- Equipe Melhor em Casa (MEC)

6 ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO

A vacinação ocorrerá em etapas, sendo planejada a cada remessa recebida, conforme a disponibilidade das doses de vacinas e cronograma a ser divulgado pelo MS e SES.

Para a vacinação de profissionais de saúde, idosos que residem em ILP, pessoas com deficiência ≥ 18 anos institucionalizadas e indígenas aldeados, a vacinação será realizada *in loco* por equipes volantes.

No decorrer da campanha, com a inclusão de idosos acamados e domiciliados, a estratégia também será realizar a vacinação casa a casa, de acordo com levantamento realizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Com a ampliação dos grupos previstos, polos de vacinação serão definidos como referência, assim como novas estratégias de vacinação extramuros e *drive thru*.

7 REGISTRO DE DOSE APLICADA

Todo serviço de vacinação possui obrigatoriedade na informação dos dados ao ente federal, como descrito na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 197/2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O registro da dose aplicada da vacina será nominal/individualizado, e o reconhecimento do cidadão vacinado será pelo Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou Cartão Nacional de Saúde (CNS). As doses aplicadas serão informadas através do Novo Sistema Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) online; a inserção será feita por profissional capacitado para uso do sistema.

8 TRANSPARÊNCIA NO PROCESSO DE VACINAÇÃO ADOTADO PELO MUNICÍPIO

Para consolidação de todas as etapas de forma transparente foi criada a Comissão Permanente de Planejamento de Estratégia de Enfrentamento da Pandemia COVID-19, e a mesma segue no planejamento da vacinação, tendo como objetivos:

- I. Atuar rapidamente para apurar e controlar as informações e eventuais situações emergenciais;
- II. Monitorar o progresso da pandemia, desenvolver eventuais estratégias e encaminhamentos a respeito do problema e atualizar todo o território do município sobre a implementação de tais medidas;
- III. Articular com os entes públicos e privados, ações de enfrentamento da COVID-19 e de seus impactos;
- IV. Monitorar as ações adotadas pelos atores públicos e privados em relação ao enfrentamento da COVID-19;
- V. Organizar os serviços de saúde da rede pública, incluindo normas operativas de funcionamento, fluxograma dos atendimentos, assim como estratégias de redimensionamento de recursos humanos e/ou alterações em horários de atendimento, de acordo com necessidade dos serviços;
- VI. Definir o posicionamento da instituição e lidar com o público envolvido, garantindo a distribuição de informações;

A Comissão faz reuniões regulares para a tomada de decisões que inclui o plano municipal de vacinação e o plano de enfrentamento da pandemia COVID-19 no município, além de acompanhar e avaliar o andamento de todo o processo de trabalho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

nos pontos da rede, ajustando sempre que necessário. Essa comissão é composta por profissionais de saúde da linha de frente, gestores de diversos segmentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e um membro do conselho municipal de saúde.

Em reunião extraordinária da Comissão Municipal de Enfrentamento a COVID-19, dia 28/01/2021, foram elencados critérios que compõem esta fase:

1. Após vacinação dos profissionais indicados na deliberação 003/CIB/2021 em 25/01/2021 para essa segunda remessa, que incluem: a) profissionais envolvidos no Atendimento Pré Hospitalar (APH) Móvel; b) profissionais que atuam no atendimento clínico do paciente com suspeita ou confirmação de covid-19, independente do nível de atenção (unidades de saúde, unidades de triagem, hospitais, ambulatórios, entre outros); c) profissionais que atuam na coleta para diagnóstico laboratorial da covid-19; o município pode dar sequência com a priorização dos demais trabalhadores de saúde, de acordo com a tabela do Anexo I que define quais categorias são profissionais de saúde, **priorizando os que possuem 60 anos ou mais, com ou sem doenças crônicas e após, os trabalhadores de saúde com doenças crônicas, independentes da idade, de acordo com Deliberação 002/CIB/2021;**
2. Como a gestão municipal tem autonomia de organizar a operacionalização da vacinação discutiu-se em reunião a priorização das categorias profissionais; definiu-se, por votação, como se daria a vacinação na rede privada de atendimento em saúde:
 - 2a) será iniciada a vacinação dos profissionais da rede privada por aqueles que ofertam atendimento em saúde para pacientes suspeitos e/ou confirmados para COVID-19, bem como os serviços que compõem a rede de saúde de assistência ao usuário Sistema Único de Saúde (SUS).
 - 2b) Em sequência, serão vacinadas na rede privada, os demais profissionais da saúde, de acordo com Anexo I. Para estes, será disponibilizado formulário *online* para cadastramento, com período de preenchimento

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

limitado. O setor responsável pela vacinação retornará para agendamento, a fim de evitar aglomeração, em grupo de 10 pessoas, tendo em vista que a vacina possui 10 doses por frasco, com duração após aberto de até 6 horas. A vacinação somente será realizada mediante apresentação de documento de identidade com foto e comprovante de atividade laboral conforme preenchimento no cadastro *online*.

Fica ainda definido por esta comissão:

- Os profissionais serão orientados no ato da vacinação quanto aos sinais e sintomas, que podem ocorrer por reações adversas da vacina; quanto ao serviço de saúde da secretaria municipal que deve se dirigir para atendimento caso precisem, bem como a comunicação formal das reações existentes. O formulário (ANEXO II) deve ser enviado para Vigilância Epidemiológica Municipal através do email epidemiobigua@gmail.com; Neste *e-mail* devem constar os dados principais do indivíduo com reação vacinal, através do envio da ficha de notificação compulsória e o formulário devidamente preenchido, anexado no e-mail; Todo profissional de saúde que atende é obrigado, nos termos da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, a fazer a notificação compulsória. O *e-mail* com o formulário deve ser enviado, com maior quantidade de informações possíveis, em até 24 horas do ocorrido, para que seja realizada a investigação e acompanhamento do caso;
- Fica definido que em caso de recusa da vacinação pelos profissionais de saúde, será fornecido o formulário próprio para recusa (ANEXO III), disponibilizado pelo fabricante da vacina; O formulário deverá ser assinado e entregue ao coordenador imediato de cada servidor da saúde, público ou privado; Na ocorrência de recusa em assinar o formulário, duas testemunhas deverão assinar podendo ser: o vacinador e o responsável pelo serviço; Após preenchido e assinado, deve ser enviado por *e-mail* epidemiobigua@gmail.com ou malote para Vigilância Epidemiológica de Biguaçu/SC.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Aos profissionais de saúde da linha de frente do serviço público de Biguaçu, contemplados na primeira remessa de vacinas recebidas, mas que não puderam receber independente do motivo, serão disponibilizados dias específicos para vacinação na policlínica municipal de saúde a serem divulgados pela comissão. Será enviado memorando eletrônico e mensagem por whatsapp pelos coordenadores dos setores públicos de saúde, orientando sobre a segunda possibilidade de realizar a vacinação;
- Será preparada sala exclusiva para vacinação contra a COVID-19, não interrompendo os fluxos entre vacinação de rotina e de campanha, na policlínica municipal. Essa estratégia foi adotada visto que corresponde a menos de 5% dos trabalhadores, e desta forma poderá ser evitada aglomeração.
- Quando do recebimento dos frascos de multidoses: ao final do expediente e considerando a necessidade de otimizar doses ainda disponíveis em frascos abertos, a fim de evitar perdas técnicas, será direcionado o uso da vacina para pessoas contempladas em alguns dos grupos priorizados no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra o COVID-19.

Após reunião da comissão em 08/02/2021 e conforme Nota Técnica Nº 001 GEVIM/DIVE/SUV/SES, publicada na mesma data, será iniciada a vacinação na população idosa a partir de 90 anos de idade. A estratégia adotada será vacinar essa população em visita domiciliar a ser realizada pelas equipes do MEC e Unidade Móvel COVID-19 a partir do recebimento das doses dessa remessa, previsto para a tarde de terça-feira (09).

A vacinação iniciará oficialmente na quarta-feira (10) no período da manhã e seguirá durante todo o dia nos bairros Bom Viver, Marco Antônio, Jardim Janaína e Fundos por uma equipe, que dará continuidade no dia seguinte, caso não consiga visitar todos os idosos destes locais. Outra equipe realizará vacinação nos bairros Prado, Vendaval, Santa Catarina, Saveiro e Centro, funcionando da mesma forma. Os

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

bairros Cachoeiras, Três Riachos, Tijuquinhas e Sorocaba iniciarão na sexta-feira (12) ou assim que finalizarem esses outros roteiros. **Cabe ressaltar que a sequência definida para vacinação nesses bairros se deu em conformidade com o maior número de idosos nesta faixa etária.**

Na sexta-feira (12), a depender da quantidade de doses remanescentes, poderá ser realizado *drive thru* na UBS Centro (enquanto estiverem disponíveis doses recebidas referentes a estes grupos) para os idosos que, por ausência do domicílio no momento da visita domiciliar, não puderam ser vacinados.

Segundo o levantamento realizado pela Atenção Básica, estima-se para essa etapa 153 idosos.

9 DEMAIS INFORMAÇÕES

Os polos de vacinação serão locais designados como referência considerando estrutura, acesso e público estimado, sendo amplamente divulgados, na etapa que for necessária sua implantação, de acordo com as próximas remessas recebidas e próximas etapas liberadas pela SES.

Será necessária reorganização interna das unidades que serão polos, para dar suporte ao técnico responsável pela sala de vacina. Duas salas poderão ser preparadas, sendo uma para vacinas de rotina e outras apenas para COVID-19. Devido à repercussão, escolta policial ou auxílio do exército poderão ser necessários para as equipes volantes, além de segurança permanente dos polos de vacinação, especialmente durante as primeiras fases.

Este planejamento poderá ser alterado a qualquer momento, a depender de novas estratégias adotadas pelo governo federal, estadual e municipal.

A equipe da Comissão Municipal contra o COVID-19 não medirá esforços para que as melhores estratégias sejam tomadas e efetivadas com sucesso.

A vacinação dos profissionais de saúde segue ocorrendo concomitante ao início da vacinação dos idosos.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**REFERÊNCIAS**

Brasil. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. **Plano para Campanha de Vacinação Covid-19 em Santa Catarina**. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Superintendência de Planejamento. Santa Catarina: 2020.

Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. **Informe Técnico Estadual - Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 - Primeira Etapa: Vacina Sinovac**. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Superintendência de Planejamento. Santa Catarina: 2021.

Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. **Informe Técnico Estadual 2ª Versão - Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 - Primeira Etapa: Vacina Sinovac Butantan, Vacina Astrazeneca Fiocruz**. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Superintendência de Planejamento. Santa Catarina: 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

NOTA TÉCNICA Nº 14/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. **O Programa de Imunização no Contexto da Pandemia de Covid-19**. Ministério da Saúde: Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/imunizacao/notas-tecnicas/Nota%20T%C3%A9cnica%2014.pdf> Acesso em 14/01/2021.

NOTA TÉCNICA Nº 001 GEVIM/DIVE/SUV/SES. **Orienta as Secretarias Municipais de Saúde sobre a vacinação contra a COVID-19 na população com mais de 90 anos**. Secretaria do Estado da Saúde. Gerência de Vigilância de Doenças Agudas e Imunização, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Santa Catarina: 2021. Disponível em: <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> Acesso em 08/02/2021.

Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. **Deliberação CIB 002/2021**, de 18 de janeiro de 2021.

Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. **Deliberação CIB 003/2021**, de 25 de janeiro de 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Plano municipal de vacinação COVID-19 revisado e aprovado pela Comissão Permanente de Planejamento de Estratégia de Enfrentamento da Pandemia COVID-19 em 29/01/2021.

Aline Piacessi Arceno

Antero Claiton Varela

Bruno Celio da Silva

Carolina Kahl

Clemilson Augusto de Souza

Déborah Pontes de Oliveira Barreto

Euclides da Cunha Correa

José Ricardo Bim Gomes

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Karolina Polucenio

Kamylla Santos da Cunha

Laís Mayer Pauli

Mariana Ester Borges Costa

Rosecleia Meurer Silveira

Roberta Jaschke Guimarães

Thayse Rosa

ANEXO I
Definições e recomendações para população alvo da vacinação contra a COVID-19, segundo a SES

POPULAÇÃO ALVO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÕES
<i>Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas</i>	<i>Pessoas com 60 anos ou mais que residem em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), como casa de repouso, asilo e abrigo.</i>	<i>Será solicitado documento que comprove a residência. Orienta-se vacinação no local contemplando todos os residentes (mesmo com idade inferior a 60 anos) e todos os trabalhadores desses locais.</i>
<i>Pessoas com Deficiência Institucionalizadas</i>	<i>Pessoas com deficiência que vivem em residência inclusiva (RI), que é uma unidade ofertada pelo Serviço de Acolhimento Institucional, para jovens e adultos com deficiência.</i>	<i>Deficiência autodeclarada e documento que comprove a residência Orienta-se vacinação no local, contemplando todos os trabalhadores locais.</i>
<i>Trabalhadores da Saúde</i>	<i>Trabalhadores dos serviços de saúde são todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios e outros locais. Desta maneira, compreende tanto os profissionais da saúde – como médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, profissionais da educação física, médicos veterinários e seus respectivos técnicos e auxiliares – quanto os trabalhadores de apoio, como recepcionistas, seguranças, pessoal da limpeza, cozinheiros e auxiliares, motoristas de ambulâncias e outros, ou seja, aqueles que trabalham nos serviços de saúde, mas que não estão prestando serviços direto de assistência à saúde das pessoas. A vacina também será ofertada para acadêmicos em saúde e estudantes da área técnica em saúde em estágio Hospitalar, Atenção Básica e Clínicas, aqueles profissionais que atuam em cuidados domiciliares como os cuidadores de idosos e doulas/parteiras, bem como funcionários do sistema funerário que tenham contato com cadáveres potencialmente contaminados.</i>	<i>Para o planejamento da ação, torna-se oportuno a identificação dos serviços e levantamento do quantitativo dos trabalhadores da saúde envolvidos na pandemia nos diferentes níveis de complexidade da rede de saúde. O envolvimento de associações profissionais, sociedades científicas, da direção dos serviços de saúde e dos gestores, na mobilização dos trabalhadores, poderão ser importantes suporte para os organizadores, seja para o levantamento, seja para definir a melhor forma de operacionalizar a vacinação. Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa do trabalhador com o serviço de saúde ou apresentação de declaração emitida pelo serviço de saúde.</i>
<i>Povos indígenas vivendo em terras indígenas</i>	<i>Indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.</i>	<i>A vacinação será realizada em conformidade com a organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI) nos diferentes municípios.</i>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

POPULAÇÃO ALVO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Pessoas de 60 anos e mais		Será solicitado documento que comprove a idade.
Pouos e comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas	Pouos habitando em comunidades tradicionais ribeirinhas ou quilombolas.	A vacinação deverá ser realizada por meio de estratégias específicas a serem planejadas no nível municipal, em algumas regiões haverá apoio da operação gota.
Grupo com morbididades*	Para indivíduos com uma ou mais morbididades descritas abaixo, de acordo com a faixa etária indicada pela Anvisa. Diabetes mellitus; hipertensão arterial (HA) estágio 3; HA estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidades; hipertensão resistente; doença pulmonar obstrutiva crônica; insuficiência renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; demais indivíduos imunossuprimidos; anemia falciforme; obesidade grau 3 (IMC≥40); síndrome de down.	Indivíduos pertencentes a esses grupos poderão ser pré-cadastrados no SIPNI, aqueles que não tiverem sido pré-cadastrados poderão apresentar qualquer comprovante que demonstre pertencer a um destes grupos de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica etc.) Adicionalmente poderão ser utilizados os cadastros já existentes dentro das Unidades de Saúde.
Funcionários do sistema de privação de liberdade	Agente de custódia e demais funcionários, com exceção dos trabalhadores de saúde.	O planejamento e operacionalização da vacinação nos estabelecimentos penais deverão ser articulados com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Justiça (Secretarias Estaduais de Segurança Pública ou correlatos), conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).
População privada de liberdade	População acima de 18 anos em estabelecimentos de privação de liberdade.	
Pessoas em situação de rua*	Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória, definido no art. 1º do decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.	Autodeclarada e aquelas que se encontram em unidades de acolhimento para pemoite temporário ou como moradia provisória.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

POPULAÇÃO ALVO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Forças Armadas	Membros ativos das Forças Armadas (Marinha, Exército e Aeronáutica).	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa com o serviço de forças armadas ou apresentação de declaração emitida pelo serviço em que atua.
Trabalhadores da educação	Todos os professores e funcionários das escolas públicas e privadas do ensino básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA) e do ensino superior.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa do profissional com a escola ou apresentação de declaração emitida pela instituição de ensino.
Pessoas com deficiência permanente grave	Para fins de inclusão na população-alvo para vacinação, serão considerados indivíduos com deficiência permanente grave aqueles que apresentem uma ou mais das seguintes limitações: 1. Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas. 2. Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir (se utiliza aparelho auditivo esta avaliação deverá ser feita em uso do aparelho). 3. Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar (se utiliza óculos ou lentes de contato, esta avaliação deverá ser feita com o uso dos óculos ou lente). 4. Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.	Deficiência autodeclarada ou por meio da apresentação de comprovante que demonstre possuir a limitação permanente grave (exames, receitas, relatório médico, prescrição medida, entre outros).
Caminhoneiro	Motorista de transporte rodoviário de cargas definido no art. 1º, II da Lei nº 13.103, de 2 de março de 2015, que trata da regulamentação da profissão de motoristas.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte rodoviário de cargas (caminhoneiro).
Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros Urbano e de Longo Curso	Motoristas e cobradores de transporte coletivo rodoviário de passageiros urbano e de longo curso.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte de passageiros.
Trabalhadores Portuários	Qualquer trabalhador portuário, incluindo os funcionários da área administrativa..	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de trabalhador portuário.
Trabalhadores de Transporte Aéreo	Funcionários das companhias aéreas nacionais, definidos pelo Decreto nº 1.232/1962 e pela Lei nº 13.475/2017.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de companhias aéreas nacionais.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

POPULAÇÃO ALVO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÕES
<i>Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário</i>	<i>Funcionários das empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas.</i>	<i>Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas.</i>
<i>Trabalhadores de Transporte Aquaviário</i>	<i>Funcionários das empresas brasileiras de navegação.</i>	<i>Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado das empresas brasileiras de navegação.</i>

Fonte: 1) Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas e Pessoas com Deficiência Institucionalizadas: Sistema Único da Assistência Social - SUAS, 2019 - estimada a partir do censo SUAS com uma margem de erro de 100% para incorporar os estabelecimentos privados não registrados no censo no grupo prioritário Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas; 2) Povos indígenas vivendo em terras indígenas: dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, de 2021, incluiu indígenas acima de 18 anos atendidos pelo subsistema de saúde indígena; 3) Trabalhadores de Saúde: estimativa da Campanha de Influenza de 2020 - dados preliminares, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos

ANEXO II

Formulário de Reação Vacinal

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

Formulário de Cadastro do Paciente

Cartão SUS: _____

Nome: _____ Nascimento: ____/____/____

Nome da mãe: _____

Idade: _____ Sexo: () M () F Raça: _____ Etnia: _____ Tipo Documento: _____ Nº: _____

Zona: Urbana Rural Logradouro: _____ Nº: _____

Complemento: _____ País: _____ UF: _____ Município: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Telefone: (____) _____ Tel. Contato: (____) _____

e-mail: _____

Formulário de Notificação

Data da Notificação: ____/____/____

Item de Notificação:

Data de Aplicação	Estratégia	Imuno-biológico	Dose	Laboratório	Lote	Via de Administração	Local de Aplicação	Indicação	Especialidade	Estabelecimento
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										

Gestante:
 Sim Não Ignorado
Mês de gestação no momento da vacinação:

Mulher Amamentando:
 Sim Não

Criança em Aleitamento Materno:
 Sim Não

Evento Adverso: _____

Classificação:
 Não Grave (EANG) – Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave;
 Grave (EAG);
 Erro de Imunização (EI).

Responsável pelo Preenchimento da Notificação:
Estabelecimento: CNES: _____ Nome: _____
Responsável: _____ Função: _____
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail: _____
Endereço: _____

Ficha EAPV Web versão 25/Set-2014.doc 1 de 8

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Formulário de Investigação:											
Antecedentes:											
Algum EAPV anterior à presente vacinação? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado											
Data da Ocorrência	Imunobiológico	Evento Adverso Pós Vacinação (EAPV)				Conduta					
__/__/__	_____	_____				_____					
__/__/__	_____	_____				_____					
__/__/__	_____	_____				_____					
__/__/__	_____	_____				_____					
__/__/__	_____	_____				_____					
Doenças Pré-existentes? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado											
<input type="radio"/> Aids / HIV		<input type="radio"/> Diabetes		<input type="radio"/> Doença hepática		<input type="radio"/> Doença renal					
<input type="radio"/> Alergia a medicamento		<input type="radio"/> Doença autoimune		<input type="radio"/> Doença neurológica ou psiquiátrica		<input type="radio"/> Outras (Especificar)					
<input type="radio"/> Alergia alimentar		<input type="radio"/> Doença cardíaca		<input type="radio"/> Doença pulmonar		_____					
Alguma(s) medicação(ões) em uso? <input type="radio"/> Sim (especificar) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado											
Tipo Medicamento	Nome Genérico	Via de Administração	Data Início	Uso Contínuo	Data Término						
<input type="radio"/> Anticonvulsivante	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____						
<input type="radio"/> Antitérmico	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____						
<input type="radio"/> Corticoide	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____						
<input type="radio"/> Imunoglobulinas	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____						
<input type="radio"/> Med. Homeopático	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____						
<input type="radio"/> Químico / Radio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____						
<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____						
<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Fez transfusão de sangue, componentes ou derivados nos últimos 28 dias? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado Data da Transfusão: __/__/__ </td> <td style="vertical-align: top; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> Viajou nos últimos 15 dias? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado Data de Início: __/__/__ Data Término: __/__/__ País: _____ Local (caso não Brasil): _____ UF: _____ Município: _____ </td> </tr> </table>										Fez transfusão de sangue, componentes ou derivados nos últimos 28 dias? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado Data da Transfusão: __/__/__	Viajou nos últimos 15 dias? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado Data de Início: __/__/__ Data Término: __/__/__ País: _____ Local (caso não Brasil): _____ UF: _____ Município: _____
Fez transfusão de sangue, componentes ou derivados nos últimos 28 dias? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado Data da Transfusão: __/__/__	Viajou nos últimos 15 dias? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado Data de Início: __/__/__ Data Término: __/__/__ País: _____ Local (caso não Brasil): _____ UF: _____ Município: _____										
História prévia de convulsões:											
<input type="radio"/> Sem história de convulsão		<input type="radio"/> Convulsão afebril									
<input type="radio"/> Convulsão febril		<input type="radio"/> Ignorado									
Eventos Adversos:											
Manifestações Locais											
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.		
<input type="radio"/> Abscesso frio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Granuloma	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		
<input type="radio"/> Abscesso quente	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Nódulo	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		
<input type="radio"/> Atrofia no sítio de administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Prurido Local	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		
<input type="radio"/> Calor	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Urticária no Sítio de Administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		
<input type="radio"/> Celulite	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Úlcera (>2cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		
<input type="radio"/> Dor	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		
<input type="radio"/> Edema	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____		
<input type="radio"/> Eritema ou Rubor	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____		

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Manifestações Clínicas Sistêmicas /Pele e Mucosa									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Angioedema Generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Linfadenopatia Regional	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angioedema de Laringe	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Linfadenopatia Regional Supurada (>3cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angioedema de Lábios	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Linfadenopatia Regional Não Supurada (>3cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angioedema de Membros	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Palidez	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angioedema de Olhos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Petéquias	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Cianose	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Prurido Generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Exantema em Sítio diferente da Administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Púrpura	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Exantema Generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Urticária Generalizada	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Hiperemia e Coceira nos Olhos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Icterícia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Manifestações Clínicas Sistêmicas Cardiovasculares									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Bradicardia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Taquicardia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Hipotensão	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
					<input type="text" value=""/>				
Manifestações Clínicas Sistêmicas /Respiratória									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Apnéia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Rouquidão	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Broncoespasmo / Laringoespasmo	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sensação de Fechamento de Garganta	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dificuldade de Respirar	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Tíragem Intercostal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dispnéia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Tosse Seca	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dor de Garganta	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Taquipnéia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Espirros	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Rinorreia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Manifestações Clínicas Sistêmicas /Neurológicas									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Agitação	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Convulsão Local	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Alteração do Nível de Consciência	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Convulsão Generalizada	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Ataxia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Desmaio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Convulsão Febril	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Hipotonia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Convulsão Afebril	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Letargia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Manifestações Clínicas Sistêmicas /Neurológicas (continuação...)									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="checkbox"/> Paralisia de Membros inferiores	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Respostas Diminuídas ou Ausentes a Estímulos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Paralisia de Membros Superiores	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinais Neurológicos Focais ou Multifocais	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Paralisia Facial (Bell)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Paresia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Parestesia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Manifestações Clínicas Sistêmicas / Gastrintestinais									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="checkbox"/> Diarréia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Melena	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dor Abdominal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Náuseas	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enterorragia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fezes com raia de sangue	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sinais de obstrução intestinal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Outras Manifestações									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="checkbox"/> Anúria	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hiperemia bilateral dos olhos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Artralgia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hiperemia em articulações	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cefaléia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesões decorrentes de disseminação do BCG	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cefaléia e Vômito	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mialgia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Choro Persistente (>=3 horas)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oligúria	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dificuldade de deambular	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonolência	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Edema articular	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fadiga	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Febre >=39°C (axilar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Atendimento Médico? Sim Não Ignorado

Ambulatório / Consultório Observação (permanência na unidade de saúde por até 24 horas) Hospitalização (permanência na unidade de saúde por tempo maior que 24 horas)

CNES Hospital: _____ Nome do Hospital: _____

Data da internação: ____/____/____ Data da alta: ____/____/____ Município: _____ UF: _____

Informações Complementares (descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)

Ficha EAPV Web versão 25/Set/2014.doc 4 de 8

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Diagnóstico(s): _____

Evolução:
 Evento adverso associado ao BCG – Sem necessidade de administração de Isoniazida;
 Evento adverso associado ao BCG – Com necessidade de administração de Isoniazida;
 Evento adverso associado ao BCG – Com necessidade de administração de esquema triplice / quádruplo
 Cura sem sequelas Cura com sequelas Óbito Não é EAPV Perda de seguimento Em Acompanhamento

Responsável pelo Preenchimento da Investigação:
 Estabelecimento: CNES: _____ Nome: _____
 Responsável: _____ Função: _____
 Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail: _____
 Endereço: _____

Formulário de Encerramento:

Classificação Final:
 EA Não Grave (EANG) EA Grave (EAG) Erro de Imunização (EI) Inclassificável

Erros de Imunização (EI):
 Tipo de imunobiológico utilizado;
 Erros de administração - Na técnica de aplicação;
 Erros de administração - No uso incorreto de diluentes, administração de outros produtos que não sejam vacinas e/ou diluentes;
 Erros de manuseio (conservação de temperatura, transporte e armazenamento inadequado);
 Intervalo inadequado entre doses;
 Validade vencida;
 Erros de prescrição ou indicações (fora da idade recomendada);
 Não avaliação de contraindicações ou precauções;
 Outros – descrever detalhadamente o(s) erro(s) de imunização:

Conduta Frente ao(s) Erro(s) de imunização (EI) e Doses:
 Dose considerada válida;
 Dose considerada inválida;
 Repetir a dose única o mais rápido possível;
 Repetir a dose o mais rápido possível considerando intervalo mínimo;
 Repetir a dose com aprazamento de reforço;
 Acompanhamento com dosagem de anticorpos;
 Outros – especificar:

Ficha EAPV Web versão 25/Set-2014.doc 5 de 8



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Encerramento Final:

Preencher a tabela abaixo, utilizando a legenda descrita a seguir:

Imunobiológico(s)	Diagnóstico(s)	Conduta(s)	Causalidades

Legenda:

Conduta Frente ao Esquema Vacinal (preenchimento):

1. Esquema Mantido;
2. Esquema mantido com precaução (*);
3. Contra indicação com substituição do esquema;
4. Contra indicação sem substituição do esquema;
5. Esquema encerrado;
6. Suspensão da vacina por 10 anos;
7. Ignorado;
8. Outros – especificar:

Classificação de Causalidades (Coordenações Estaduais) – continuação:

- A.3.4- Erros de manuseio (conservação de temperatura, transporte e armazenamento inadequado);
- A.3.5- Intervalo Inadequado de doses;
- A.3.6- Validade Vencida;
- A.3.7- Erros de prescrição ou indicações (fora da idade recomendada);
- A.3.8- Ausência de avaliação de contraindicações ou precauções;
- A.3.9- Outros (Especificar):

Classificação de Causalidades (Coordenações Estaduais):

1 Informação disponível adequada;

- A Consistente;**
 - A.1- Reações inerentes ao produto, conforme literatura;
 - A.1.1- Associação a mais que uma vacina;
 - A.2- Reações inerentes a qualidade do produto;
 - A.3- Erros de imunização (EI);
 - A.3.1- Tipo de Imunobiológico utilizado;
 - A.3.2- Erros de Administração – Erro na técnica de administração;
 - A.3.3- Erros de Administração – Uso incorreto de diluentes, administração de outros produtos que não sejam vacinas e/ou diluentes;

- A.4- Reações de Ansiedade associada à imunização;
- B Indeterminada;**
 - B.1- Reação temporal consistente, mas sem evidências na literatura para se estabelecer uma relação causal;
 - B.2- Os dados da investigação são conflitantes em relação à causalidade;
- C Inconsistente;**
 - C.1- Condições subjacentes ou emergentes;
 - C.2- Condições causadas por outros fatores e não por vacinas;
- 2 Informação disponível inadequada;**
- D Inclassificável.**

Responsável pelo Preenchimento do Encerramento:

Data de Encerramento: ____/____/____ Estabelecimento: CNES: _____ Nome: _____
Responsável: _____ Função: _____
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail: _____
Endereço: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

**EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO – FICHA DE EXAMES LABORATORIAIS
COMPLEMENTARES**
Informações Laboratoriais Complementares
Hemograma

Data da Coleta	Série Vermelha				Série Branca					
	Hemácias (m ³)	Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas	Bastões (%)	Neutrófilos (%)	Linfócitos (%)	Leucócitos (%)	Eosinófilos (%)	Monócitos (%)

Bioquímica

Data da Coleta	BD (mg/dl)	BI (mg/dl)	BT (mg/dl)	Úrêia (mg/dl)	Creatinina (mg/dl)	AST (TGO)	ALT (TGP)	GGT	FA	Prova de Coagulação		
										RNI	PT	PTT

Punção Lombar

Data da Coleta	Citoquímica (Líquor)					Bacterioscopia – GRAM (especificar)	Cultura do Líquor (especificar)
	Leucócitos (m ³)	Neutrófilos (%)	Linfócitos (%)	Glicose (mg)	Proteínas (mg)		

Urina

Data da Coleta	Elementos Anormais e Sedimentos
Data da Coleta	Elementos e Antibiograma

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Detecção Viral		
Data da Coleta	Amostra	Resultado
	Líquor	
	Sangue	
	Tecido	
	Outros (Especificar)	

Agravos	Sorologia			PCR		
	Data da Coleta	Sangue	Líquor	Data da Coleta	Sangue	Líquor
Dengue						
Febre Amarela						
Rubéola						
Hepatite A						
Hepatite B						
HIV						
Outros (Especificar)						

Adicionais		
Data da Coleta	Exame	Resultado
	ECG	
	EEG	
	RX	
	TC	
	RM	
	ENMG	
	US	
	Outros (Especificar)	

Outros – Viscerotomia, Necrópsia e Anatomopatológico			
Data da Coleta	Imuno - Histoquímica		Anatomopatológico
	Macroscopia	Microscopia	

Ficha EAPV Web versão 25-Set-2014.doc 8 de 8

ANEXO III

Formulário de consentimento de vacinação COVID-19

Versão 1.0 de 07- Jan-2021
Página 1 de 1

Autorização de Uso Emergencial - vacina adsorvida covid-19 (inativada)
Formulário de Consentimento - Adultos
CONFIDENCIAL



FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DE VACINAÇÃO COVID-19					
Autorização Temporária de Uso Emergencial da vacina adsorvida covid-19 (inativada) para prevenir Doença do Coronavírus (COVID-19)					
<p>A vacinação com a vacina adsorvida covid-19 (inativada) poderá diminuir o risco de uma pessoa ter a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19). Entretanto, nenhuma vacina é completamente eficaz. Além disso, necessita-se de algumas semanas para que seja obtida uma resposta imune (proteção) adequada. Em conclusão, algumas pessoas podem ainda ter a doença ou a infecção mesmo tendo sido vacinadas, mas poderão ter uma forma menos grave da doença em função desta vacinação.</p> <p>A vacina não poderá ser dada em pessoas que estejam doentes com suspeita ou com COVID-19 confirmada no momento da vacinação. Ela será utilizada com um esquema de duas doses para reduzir a chance de doença grave e de morte. Apesar do uso da vacina, medidas preventivas ainda serão necessárias no dia-a-dia: distanciamento social, uso de máscaras e higiene das mãos, dentre outras.</p> <p>Adicionalmente, como qualquer vacina, esta poderá causar alguns eventos adversos. A vacina adsorvida covid-19 (inativada) pode causar dor no local da injeção, inchaço, vermelhidão, caroço duro no local, mancha roxa ou até infecção no local da entrada da agulha na pele. Ainda, pode aparecer dor de cabeça, dor nos músculos, diarreia, enjoo, cansaço e mais raramente febre. Se você apresentar algum evento adverso que precise de um atendimento urgente você deverá procurar um serviço de saúde de emergência, como por exemplo um pronto-socorro, uma UPA, AMA, etc. Estes são locais especializados, onde você terá atendimento e será medicado, se for necessário. Se os sintomas não forem urgentes você poderá procurar a unidade básica de saúde mais próxima.</p> <p>Se você tiver mais algumas dúvidas poderá acessar o site https://vacinacovid.butantan.gov.br</p>					
Nome completo					
Data de nascimento			CPF		
Nome da mãe			Sexo		
Endereço completo					
Número do cartão nacional de Saúde (CNS)					
Consentimento para a vacinação de COVID-19 (por favor, preencha somente uma das caixas abaixo)					
Eu desejo receber a vacina COVID-19 Nome Assinatura Data			Eu não desejo receber a vacina COVID-19 Nome Assinatura Data		
Se você não consentir em ser vacinado, gostaríamos de saber os motivos que o levaram a tomar esta decisão. O campo abaixo destina-se a este relato.					
Agradecemos o preenchimento deste formulário.					
Uso oficial somente					
Data da vacinação de COVID-19	Local de vacinação –COVID-19		Lote e data de validade	Nome do profissional que vacinou	Local onde foi realizada a vacinação
1ª. dose	Braço esquerdo	Braço direito			
2ª. dose	Braço esquerdo	Braço direito			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, 114 - Praia João Rosa, Biguaçu
Bairro Praia João Rosa – Biguaçu – Santa Catarina - CEP 88160-000
Telefone (48) 3039-8500