

(CODEAVAC-19)

COLETA DE DADOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS VACINAS COVID-19

Nome do médico: _____ ou Clínica: _____

CRM: _____ e-mail: _____

DADOS DO ATENDIMENTO

Ficha nº (_____)

Data: ____/____/____

Nome do paciente (somente iniciais) _____ Idade (____)

Endereço: _____ Estado (____)

Bairro: _____ CEP.: [] [] [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] - Celular: (____) _____

Razão da vacinação, foi decisão: própria (____) – exigência no trabalho (____) – pressão da família (____)

Entende ter sido influenciado: Não (____) – Sim (____) Mídia (____) – MIN. DA SAÚDE (____) – OMS (____)

OUTROS _____

Foi informado devidamente sobre a vacina antes de recebe-la? ----- Sim (____) - Não (____)

Foi devidamente informado sobre eventuais riscos: ----- Sim (____) - Não (____)

Assinou algum termo de consentimento para ser vacinado? ----- Sim (____) – Não (____)

Foi devidamente informado sobre como agir em caso de efeitos adversos? ----- Sim (____) – Não (____)

Fabricante 1ª Dose _____ Local _____ data ____/____/____

Fabricante 2ª Dose _____ Local _____ data ____/____/____

Fabricante 3ª Dose _____ Local _____ data ____/____/____

Fabricante 4ª Dose _____ Local _____ data ____/____/____

(NÚMERO DO LOTE/ FABRICANTE: _____)

(SE POSSÍVEL FAZER CÓPIA OU FOTOGRAFIA DO CARTÃO DE VACINAÇÃO)

Diagnóstico Efeito Adverso, se possível indicar o CID caso a opção for (Outros)

TROMBOSE DE MEMBROS INFERIORES (____) **TROMBOEMBOLIA PULMONAR** (____)

MIOCARDITE (____) **INFARTO AGUDO DO MUOCARDIO** (____)

AVC (DERRAME) (____)

OUTROS / descrever _____

Encaminhar a ficha preenchida para: unab.advs.brasil@gmail.com – ou WhatsApp (11) 996994256

Obs.: Este levantamento tem a finalidade de apuração de eventual nexo causal entre os efeitos adversos das vacinas com relação a lotes específicos de cada fabricante, para que se possa, constatado mais de um caso de efeitos adversos de vacinas do mesmo lote e fabricante, requerer ao Ministério Público e ou judiciário, a suspensão imediata e recolhimento daquele lote, até análise sobre eventuais defeitos já que representa, em tese, riscos à vida.

Autorização do paciente para o uso dos dados:

Eu _____ autorizo o uso dos dados acima inclusive com meu nome e endereço para os fins de pesquisa e acompanhamento dos efeitos adversos e sua relação com determinado lote das vacinas e seu respectivo fabricante e eventuais denúncias, que não sejam de cunho indenizatório, aos órgãos competentes.

Local/data _____ Ass.: _____