



## PLANO DE AÇÃO DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 MUNICÍPIO NOVA ESPERANÇA DO SUDOESTE

IDENTIFICAÇÃO			
Município: Nova Esperança do Sudoeste		Regional de Saúde: 8ª RS	
Endereço da SMS: Rua Brasil, 90. centro			
Função	Contato		
	Nome	Telefone	E-mail
Secretário/a Municipal de Saúde	Carla Koerich	46 984211700	carlakoerich27@gmail.com
Responsável Vigilância Epidemiológica	Luana Wilamowski	46 999136855	luanawilamowski@gmail.com
Responsável Vigilância Sanitária	Edson Bonetti	46	
Responsável Atenção Primária	Cleusa Tartas	46 984088971	cleusa.enfer@gmail.com
Coordenador/a Imunização	Luana Wilamowski	46 999136855	luanawilamowski@gmail.com
FARMACOVIGILÂNCIA			
Ações		Atividades	
Notificação de EAPV		Todos os eventos adversos pós vacinação graves ou não deve ser registrados seguindo o fluxo do PNI. Deve ser preenchido documento anexo 1. O responsável pelas notificações será a coordenadora de vigilância epidemiológica.	
Investigação de EAPV		O responsável pela investigação será a coordenadora epidemiológica. Pacientes com sinais de EAPV deve ser encaminhados à atenção básica para avaliação médica. Em casos leve acompanhamento será via ambulatorial, moderados internamento clinico e graves encaminhados a referência.	
Identificação de <b>Eventos Graves Pós-Vacinação</b> , conforme Portaria n.º 204, de 17 de fevereiro de 2016		Eventos adversos graves será encaminhado ao Hospital Regional de Francisco Beltrão via central de leitos ou via SAMU (conforme gravidade do caso).	
OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO			



<b>Ações</b>	<b>Atividades</b>
Organização da Rede de Frio	Os insumos serão recebidos em caixas térmicas, com controle de temperatura entre 2°C a 8°C, após será armazenado em geladeira da sala de vacina, seguindo mesmos critérios.
Capacitação/atualização dos profissionais de saúde	Os profissionais envolvidos receberão treinamento na data de 19/01/2021 pela coordenação de epidemiologia, definindo fluxo de entrada e atendimento na unidade de saúde.  Os EPI's utilizados serão: avental descartável, máscara cirúrgica, protetor ocular, uso de luvas caso aplicador possua lesões abertas em mãos.  Higienização de mãos a cada atendimento.
Vacinação	Será organizado datas e horários de vacinação para cada micro área do município, evitando aglomerações. Agentes comunitárias de saúde irão organizar o espaço.  Pacientes entrarão a unidade por porta lateral, exclusiva para vacinação, respeitando o distanciamento com demarcações no chão.  Entrará um usuário por vez na ante-sala de vacina para preenchimento de carteirinhas e anexo 2, após encaminhado para sala de aplicação, será permitido apenas um usuário por vez na sala de aplicação.  A vacinação extra muro ocorrerá para pacientes acamados ou com alguma impossibilidade de ir a UBS, conforme grupos prioritários.
<b>SISTEMAS DE INFORMAÇÃO</b>	
<b>Ações</b>	<b>Atividades</b>
Operacionalização do Sistema de Informação	A vacinação seguirá conforme protocolo do SESA seguindo o fluxo de grupos prioritários.



	<p>A vacinação ocorrerá na sala de vacina e também extra muro, durante horário de expediente em horários determinados para cada micro área, evitando aglomerações.</p> <p>Registrar todos os dados solicitados no Anexo 2.</p>
Vacinação Extra Muro	Realizar registro de todos os campos do anexo 2.
Registro na Caderneta de Vacinação	Registrar em caderneta de vacinação já existente, ou nova caderneta em caso de perdas. Será necessário apresentação da caderneta com a comprovação da primeira dose para realização da segunda dose.

#### **GRUPOS PRIORITÁRIOS**

<b>Grupos Prioritários</b>	<b>Quantitativo</b>
Pessoas de 60 anos ou mais, Institucionalizadas	00
População Indígena em Terras Indígenas Demarcadas	00
Trabalhadores de Saúde que atuam em Serviços de Saúde	73
Pessoas de 80 anos ou mais	122
Pessoas de 75 a 79 anos	117
Pessoas de 70 a 74 anos	160
Pessoas de 65 a 69 anos	246
Pessoas de 60 a 64 anos	291
Pessoas em Situação de Rua	00
Trabalhadores de Força de Segurança e Salvamento	00
Comorbidades	1273
Trabalhadores Educacionais e da Assistência Social (CRAS, CREAS, Casas/Unidades de Acolhimento)	87
Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	00



Pessoas com Deficiência Permanente Severa	33
Quilombolas, Povos e Comunidades Tradicionais Ribeirinhas	00
Caminhoneiros	60
Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário e Ferroviário de Passageiros	00
Trabalhadores de Transporte Aéreo	00
Trabalhadores Portuários	00
População Privada de Liberdade (exceto trabalhadores de saúde e segurança)	00
Trabalhadores do Sistema Prisional	00
<b>TOTAL</b>	
<b>COMUNICAÇÃO</b>	
<b>Ações</b>	<b>Atividades</b>
Comunicação	A divulgação ocorrerá por meio de Agentes Comunitários de Saúde, rádio, mídias sociais, informativos oficiais.

Nova Esperança do Sudoeste, Pr. 19 de janeiro de 2021

Luana Wilamowski.



## ANEXO 1

Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Imunização e 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: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Raça: \_\_\_\_\_  
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

#### Eventos Adversos ou Erros de Imunização

Descrever em detalhes, incluindo data de início de cada evento ocorrido, data de término e duração

#### Classificação:

- Não Grave (EANG) – Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave;  
 Grave (EAG) – Vide Anexo I;  
 Erro de Imunização (EI);

#### Responsável pelo Preenchimento da Notificação:

Estabelecimento: CNES: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_



### Formulário de Investigação:

#### Antecedentes: História médica e medicamentosa

Algum EAPV anterior à presente vacinação?  Sim  Não  Ignorado

Data da Ocorrência	Imunobiológico	Evento Adverso Pós Vacinação (EAPV)	Conduta
__/__/__	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____

Doenças Pré-existentes?  Sim  Não  Ignorado

Alguma(s) medicação(ões) em uso?  Sim (especificar)  Não  Ignorado

Viajou nos últimos 15 dias?  Sim  Não  Ignorado Data de Início: \_\_/\_\_/\_\_ Data Término: \_\_/\_\_/\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

### EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

Descrever em detalhes, incluindo data de início de cada evento ocorrido, data de término e duração

#### Narrativa do caso e outras informações

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)  Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

CNES Hospital: \_\_\_\_\_ Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Data da internação: \_\_/\_\_/\_\_ Data da alta: \_\_/\_\_/\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_



### EXAMES COMPLEMENTARES: Testes e procedimentos

Descrever os exames relevantes, com data da realização, resultado e observações

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES** (descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)

### DIAGNÓSTICO(S) FINAL(IS):

### EVOLUÇÃO

Cura sem sequelas     Cura com sequelas     Óbito    Declaração de óbito: \_\_\_\_\_

Data do 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) – Vide Anexo I;  Erro de Imunização (EI);  Erro de Imunização (EI) com Evento Adverso;  
 Inclassificável.

Erros de Imunização: preencher de acordo com o dicionário MedDRA

**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;

**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:**

- Esquema Mantido;  
 Esquema mantido com precaução (\*);  
 Contra indicação com substituição do esquema;  
 Contra indicação sem substituição do esquema;  
 Esquema encerrado;  
 Suspensão da vacina por 10 anos;  
 Ignorado;  
 Outros – especificar: \_\_\_\_\_

**CLASSIFICAÇÃO DE CAUSALIDADES (COORDENAÇÕES MUNICIPAIS/ 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 (desvio de qualidade - vide anexo II)

A.3- Erros de imunização (EI)

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/Coincidente**

Condições preexistentes ou emergentes causadas por outros fatores e não por vacinas

**2. Informação disponível inadequada:**

**D Inclassificável**

**Responsável pelo Preenchimento do Encerramento:**

Data de Encerramento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estabelecimento: Nome: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

**I – Definição de Evento Adverso Grave:**

- Requer hospitalização;
- Qualquer evento clinicamente relevante que possa comprometer o paciente, ou seja, que ocasione risco de morte e que requer intervenção clínica imediata para se evitar o óbito;
- Ocasione disfunção significativa e ou incapacidade permanente;
- Resulte em anomalia congênita;
- Ocasione o óbito.

**Anexo II – Reações Inerentes a Qualidade do Produto (Desvio de Qualidade)**

**1. Alterações gerais:**

- ( ) Temperatura de conservação diferente da definida na bula
- ( ) Partícula estranha ao produto
- ( ) Forma farmacêutica diferente da informada no rótulo
- ( ) Outra, especifique: \_\_\_\_\_

**2. Alterações organolépticas:**

- ( ) Mudanças de coloração

**3. Alterações físico-químicas:**

- ( ) Solução com precipitado
- ( ) Turbidez
- ( ) Dificuldades de solubilização (pó líofilo) / Dificuldades de homogeneização
- ( ) Formação de gases
- ( ) Material particulado visível (formação de grumos)
- ( ) Outra, especifique: \_\_\_\_\_

**4. Embalagem:**

- ( ) Falta de rótulo / Falta/falha das informações no rótulo ou na embalagem / Rótulo com pouca adesividade/ Troca de rótulo
- ( ) Quebra/ Rachaduras / Bolhas / Vazamento
- ( ) Êmbolo não aderente / Violação do lacre/ Ausência do lacre/ Falta de ajuste do lacre
- ( ) Outra, especifique: \_\_\_\_\_



## ANEXO 2

P.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 do estabelecimento de saúde: \_\_\_\_\_  
 Estabelecimento de saúde: \_\_\_\_\_  
 :

GE do município: \_\_\_\_\_  
 município: \_\_\_\_\_

*Grupo prioritário	**Categoria do grupo prioritário	Nº CPF do vacinado	Nº CNS do vacinado	Nome do vacinado	Data de nascimento	Sexo (M, F)	Nome da mãe	Data da vacinação	Código da vacina (SIPW)	Nome da Vacina	Tipo de Dose (D1, D2 e Dose)	Lote	Produtor	Nº CNES do vacinador	Nome do vacinador

CPF = Cadastro de Pessoa Física; (2) CNS = Cartão Nacional de Saúde; (3) Sexo: M = masculino, F = Feminino; (4) CNES = Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde  
 Prioritários = Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas; Pessoas com Deficiência Institucionalizadas; Povos indígenas; Trabalhadores da Saúde; Pessoas de 80 anos ou mais; Povos e Comunidades Tradicionais Ribeirinha; Povos e Povos Tradicionais Quilombola; Pessoas de 75 a 79 anos; Pessoas de 70 a 74 anos; Pessoas de 65 a 69 anos; Pessoas de 60 a 64 anos; Comorbidades; População Privada de Liberdade; Funcionário do Sistema de Privação de Liberdade; em Situação de Rua; Forças de Segurança e Salvamento; Forças Armadas; Pessoas com Deficiências Permanente Grave; Trabalhadores da Educação do Ensino Superior, Caminhoneiros; idade - diabetes mellitus, hipertensão arterial grave (difícil controle ou com lesão de órgão alvo), doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal, doenças cardiovasculares e cérebro-vasculares, indivíduos transplantados de órgão sólido, ar ; categorias do Grupo prioritário - verificar na aba Categoria do Grupo prioritário.