Formulário Simplificado – Relato de Evento Adverso

# 1. Sobre o Paciente

1.1 Qual a idade ou data de nascimento?

1.2 Qual o sexo biológico?  
( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Outro ( ) Prefere não informar

1.3 Tem algum problema de saúde importante?  
(Ex: alergia, diabetes, hipertensão, etc.)  
( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual(is)? Desde quando?

1.4 Está tomando algum remédio/medicamento atualmente?  
( ) Sim ( ) Não  
Se sim, informe:  
- Nome do remédio/medicamento:   
- Dose:   
- Desde quando:

-Por qual motivo utiliza?

1.5 Tomou algum remédio/medicamento no mesmo dia em que recebeu a vacina/soro?  
( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual(is)?

1.6 Está grávida ou amamentando?  
( ) Grávida ( ) Amamentando ( ) Não ( ) Não se aplica

# 2. Sobre o que aconteceu com o paciente (os sintomas)

* 2.1 O que sentiu e quando começou? (sintomas e datas)
* 2.2 Ainda está com algum sintoma hoje?  
  ( ) Sim ( ) Não  
  Se sim, quais?
* 2.3 Se os sintomas já passaram, quando terminaram?
* 2.4 O paciente já se recuperou de **todos** os sintomas que teve?  
  ( ) Sim ( ) Não  
  -Se não, conte abaixo quais sintomas já passaram e quais ainda sente:
* 2.5 Procurou atendimento médico?  
  ( ) Sim ( ) Não
* Se sim, foi internado ou ficou mais de 24h?  
  ( ) Sim ( ) Não  
  Tem resumo de alta?
* 2.6 Você acredita que os sintomas foram causados pela vacina/soro?  
  ( ) Sim ( ) Não  
  Se sim, por quê?
* 2.7 Usou algum remédio/medicamento para os sintomas?  
  Se sim, informe:  
  - Nome do medicamento:   
  - Para qual sintoma:   
  - Início:   
  - Fim:

# 3. Sobre o produto (vacina ou soro)

* 3.1 Qual foi o produto aplicado?
* 3.2 Em que data foi aplicado?
* 3.3 Onde foi aplicado? (ex: braço esquerdo) – Somente para quando o evento for local ou o dado é importante para avaliação.
* 3.4 Você sabe o número do lote?

# 4. Acidente com animal (se aplicável) – vacina raiva/soros

* 4.1 Que animal foi e o que aconteceu? (ex: mordida de cachorro na perna)
* 4.3 Em que data foi o acidente?
* Onde o soro/vacina foi administrado?
* 4.4 Recebeu soro?  
  ( ) Sim ( ) Não  
  Se sim, quantas ampolas?

# 5. Quem está preenchendo este formulário?

* 5.1 Nome ou iniciais:
* 5.2 Telefone ou e-mail para contato:
* 5.3 Profissão:
* 5.4 Autoriza contato futuro do Instituto Butantan?  
  ( ) Sim ( ) Não
* 5.5 Autoriza contato do parceiro contratual (se houver)?  
  ( ) Sim ( ) Não

# 6. Observação opcional

* Se tiver fotos do cartão de vacinação, exames ou receitas, ou outro documento que julgue relevante, anexe aqui.