

PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES Y PAI

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)

Datos personales del Paciente				Datos del Notificador				
Número de Cédula del Paciente: _____				Notificador: _____		Profesión: _____		
Nombres y Apellidos del Paciente: _____				Teléfono: _____		E-mail: _____		
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): _____				Establecimiento: _____		Región Sanitaria: _____		
Edad	<input type="text"/> Años	<input type="text"/> Meses	Embarazada <input type="checkbox"/>		Distrito: _____		Fecha de notificación (dd/mm/aaaa)	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Sem de Gestación <input type="text"/>		Fecha de notificación (dd/mm/aaaa)		<input type="text"/>	
Datos de Residencia del Paciente								
Departamento: _____				Distrito/Ciudad: _____				
Dirección/Barrio: _____				Teléfono: _____				
Lugar de Vacunación				Nombre del Establecimiento de Salud: _____				
Distrito: _____				Región Sanitaria: _____				
Vacuna				Diluyente				
Marca y Fabricante	Fecha de Vacunación	Hora de Vacunación	Dosis	Número de Lote	Fecha de Vencimiento	Número de Lote	Fecha de Vencimiento	Fecha y Hora de reconstitución
Fecha de inicio del evento adverso (dd/mm/aaaa): _____				Hora de inicio: _____ (Formato de 24 horas - 00:00)				
<input type="checkbox"/> Dolor en el sitio de aplicación	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Rubor	<input type="checkbox"/> Tumefacción	<input type="checkbox"/> Absceso	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Nauseas	<input type="checkbox"/> Sudoración	<input type="checkbox"/> Irritabilidad
<input type="checkbox"/> Llanto persistente	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Artralgia
<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Parálisis de Bell	<input type="checkbox"/> Hemiparesia	<input type="checkbox"/> Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Linfadenitis	<input type="checkbox"/> Encefalitis	<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Apnea	<input type="checkbox"/> Edema
<input type="checkbox"/> Hemiplejía	<input type="checkbox"/> Arritmia Cardiaca	<input type="checkbox"/> Trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Meningismo	<input type="checkbox"/> Parestesia	Otros: _____			
Descripción del Evento Adverso (signos y síntomas)								
Factores relacionados al vacunado (Marcar y describir si corresponde)								
Paciente alergico: _____								
Presenta patología previa a la vacunación: _____								
<input type="checkbox"/> Enf. Autoinmune	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Infecciosos	Otros: _____				
Consumo medicamentos: _____								
El Evento Adverso derivó en:								
<input type="checkbox"/> Tratamiento ambulatorio	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Discapacidad transitoria	<input type="checkbox"/> Discapacidad permanente					
<input type="checkbox"/> Amenaza de vida	<input type="checkbox"/> Anomalía congénita	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Muerte fetal					
<input type="checkbox"/> Muerte	Fecha del deceso (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Autopsia:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
RESULTADOS:								
En recuperación	<input type="checkbox"/>	Recuperado	<input type="checkbox"/>	Recuperado con secuelas	<input type="checkbox"/>	No recuperado	<input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>
Fecha de recepción de la notificación (dd/mm/aaaa)				Clasificación preliminar: _____				

Para casos graves: Historia Clínica, Evolución al alta y estudios complementarios o laboratoriales realizados

Para casos de obito: adjuntar también certificado de defunción (formato MSPBS)