



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ESAVI
(EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN)

Versión 1



SP-01.POE01.FOR08

Página 1 de 2

Nombre del Establecimiento: _____ Fecha de Consulta: ____ / ____ / ____

I. DATOS DEL PACIENTE

No. Expediente/No. de Afiliación: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Edad ____ Años ____ Mes ____ Día Sexo: Masculino Femenino

Apellidos _____ / Nombres _____ Si es menor de edad, nombre de la persona responsable _____

Dirección Completa _____ / Departamento _____ / Municipio _____

Nacionalidad _____ / País de Residencia _____ / Teléfono _____

Fecha de inicio de ESAVI: ____ / ____ / ____ Hora de Inicio de ESAVI: _____

Razón de SERIEDAD:	Hospitalizado/prolongadamente <input type="checkbox"/>	Muerto <input type="checkbox"/>
	Anomalías congénitas <input type="checkbox"/>	Discapacidad <input type="checkbox"/>
	Amenaza de vida <input type="checkbox"/>	Otra condición médica importante <input type="checkbox"/>
Forma de Detección de caso:	Consulta <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Búsqueda Institucional <input type="checkbox"/> Búsqueda Comunidad <input type="checkbox"/>	
Investigación de Contactos:	<input type="checkbox"/> Caso Reportado en la Comunidad <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Embarazada:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ; edad gestacional (semanas): _____	

II - HALLAZGOS CLINICOS PRINCIPALES QUE PRESENTA EL ESAVI

Absceso en el sitio de la inyección <input type="checkbox"/>	Dolor torácico <input type="checkbox"/>	Lipotimia/mareo <input type="checkbox"/>	Rash vesículo ampollar <input type="checkbox"/>
Agitación <input type="checkbox"/>	Edema Facial <input type="checkbox"/>	Llanto persistente <input type="checkbox"/>	Rash/Exantema <input type="checkbox"/>
Anorexia <input type="checkbox"/>	Edema generalizado <input type="checkbox"/>	Malestar general <input type="checkbox"/>	Rinitis <input type="checkbox"/>
Anormalidad en prueba de laboratorio <input type="checkbox"/>	Edema periférico <input type="checkbox"/>	Mialgia <input type="checkbox"/>	Sangrado <input type="checkbox"/>
Apnea <input type="checkbox"/>	Encefalopatía <input type="checkbox"/>	Mialgias generalizadas <input type="checkbox"/>	Shock <input type="checkbox"/>
Artralgia <input type="checkbox"/>	Equimosis <input type="checkbox"/>	Miastenia <input type="checkbox"/>	Síncope <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/>	Escalofríos <input type="checkbox"/>	Miopericarditis <input type="checkbox"/>	Síndrome cerebeloso <input type="checkbox"/>
Astenia <input type="checkbox"/>	Estupor <input type="checkbox"/>	Monoplejía <input type="checkbox"/>	Síndrome meníngeo <input type="checkbox"/>
Celulitis <input type="checkbox"/>	Exacerbación de condición subyacente <input type="checkbox"/>	Náusea <input type="checkbox"/>	Síndrome de Guillain-Barré <input type="checkbox"/>
Cianosis <input type="checkbox"/>	Faringitis <input type="checkbox"/>	Neuropatía <input type="checkbox"/>	Somnolencia <input type="checkbox"/>
Convulsión febril <input type="checkbox"/>	Fiebre <input type="checkbox"/>	Otitis Media <input type="checkbox"/>	Sudoración <input type="checkbox"/>
Convulsión sin fiebre <input type="checkbox"/>	Hipertonía <input type="checkbox"/>	Otra reacción alérgica <input type="checkbox"/>	Taquicardia <input type="checkbox"/>
Diarrea <input type="checkbox"/>	Hipoquinesia <input type="checkbox"/>	Palidez <input type="checkbox"/>	Temblor <input type="checkbox"/>
Dolor <input type="checkbox"/>	Hipotonía <input type="checkbox"/>	Parestesias <input type="checkbox"/>	Tos excesiva <input type="checkbox"/>
Dolor Abdominal <input type="checkbox"/>	Infeción <input type="checkbox"/>	Parálisis <input type="checkbox"/>	Vértigo <input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza <input type="checkbox"/>	Insomnio <input type="checkbox"/>	Purpura trombocitopénica <input type="checkbox"/>	Vómito <input type="checkbox"/>
Dolor de cuello <input type="checkbox"/>	Invaginación intestinal <input type="checkbox"/>	Prurito <input type="checkbox"/>	Urticaria <input type="checkbox"/>
Dolor de espalda <input type="checkbox"/>	Linfoadenopatías <input type="checkbox"/>	Rash maculopapular <input type="checkbox"/>	Ulceración en el sitio de inyección <input type="checkbox"/>

Otros ¿Cual? _____

III - ANTECEDENTES CONTRIBUTORIOS

<input type="checkbox"/> Desnutrición Severa	<input type="checkbox"/> Inmunosupresión	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Obesidad mórbida	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> TB	<input type="checkbox"/> VIH-SIDA
<input type="checkbox"/> Malformación Congénita	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Tratamiento con esteroides sistémicos >10 días
<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> IRC	<input type="checkbox"/> Hepatopatías	<input type="checkbox"/> Enfermedades Autoinmunes

Tratamiento con otros inmunosupresores o medicación concomitante: _____

ESAVI previos a vacunas aplicadas? Si No ; ¿Cual(es)? _____

¿Tiene otra enfermedad de base? Si No ; ¿Cuál? _____



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ESAVI
(EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN)

Versión 1



SP-01.POE01.FOR08

Página 2 de 2

IV – DATOS DE VACUNA SOSPECHOSA RELACIONADA AL ESAVI

Fecha de vacunación: ___/___/___ Hora de vacunación: ___/___/___

Tiempo transcurrido entre vacunación y apareamiento del ESAVI: Meses ___ Días ___ Hrs ___ Minutos ___

DATOS DE VACUNA

Nombre de vacuna	No de Lote	Vía de administración	Sitio anatómico de administración	Dosis	Fecha de Vencimiento	T° de conservación	Laboratorio Productor

Lugar de Vacunación:

- Domicilio Hospital Unidad de Salud FOSALUD Unidad Médica del ISSS Clínica privada
 Clínica Comunal del ISSS Clínica Empresarial Puesto de Vacunación, ¿dónde? _____
 Institución Educativa (Escuela, Colegio, Universidad) ¿dónde? _____
 Trabajo, ¿dónde? _____ Otros, ¿dónde? _____

Marco de aplicación de la vacuna

- Durante campaña Cumplimiento del Esquema de Vacunación Indicación Médica Otras

Recurso vacunador:

- Enfermera Técnicos de enfermería Tecnólogo materno infantil Promotor de salud Médico
 Otros. Especificar: _____

¿Se resguardo el frasco del biológico involucrado o un frasco del mismo lote? Sí No

Tiene antecedentes familiares de reacciones adversas a vacunas ¿hermanos, padres, abuelos?

No Sí Cuáles? _____

V- EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETE COMPLEMENTARIOS

Fecha de toma	Tipo de muestra	Exámenes	Resultados

VI- CLASIFICACIÓN FINAL DEL ESAVI

- Evento relacionado con la vacuna Evento coincidente con la vacuna
 Error programático Evento no concluyente Reacción relacionada a ansiedad por la inmunización

Condición final: Muerto Vivo sin secuelas Vivo con secuelas, ¿Cuál? _____

Autopsia, Resultado: _____

Fecha de alta: ___/___/___ Fecha de defunción: ___/___/___

Diagnóstico clínico final: _____

Fecha de cierre de caso: ___/___/___

Nombre, firma y Sello del responsable que cierra el caso