



PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES Y PAI

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN PARA EVENTOS ADVERSOS A LA INMUNIZACIÓN (ESAVI) PARA COVID-19

Datos personales del Paciente				Datos del Notificador *			
Número de Cédula del Paciente:				Notificador *			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Nombres y Apellidos del Paciente:				Profesión *			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):				Teléfono *			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Embarazada	<input type="checkbox"/>	E-mail *			
	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Lactante	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
Datos de Residencia				Departamento			
Departamento				<input type="text"/>			
Distrito/Ciudad				<input type="text"/>			
Dirección				<input type="text"/>			
Teléfono				<input type="text"/>			
Edad <input type="text"/> años <input type="text"/> meses				Establecimiento			
Grupo de Edad por años				Fecha de captación del paciente (dd/mm/aaaa)			
18 - 39 <input type="checkbox"/>				<input type="text"/>			
40 - 60 <input type="checkbox"/>				<input type="text"/>			
> a 60 <input type="checkbox"/>				<input type="text"/>			
				Fecha de notificación(dd/mm/aaaa)			
				<input type="text"/>			

Nombre del Establecimiento de Salud - Lugar de Vacunación		<input type="text"/>	
Distrito	<input type="text"/>	Región Sanitaria	<input type="text"/>

Vacuna					Diluyente			
Marca y Fabricante	Fecha de Vacunación	Hora de Vacunación	Dosis 1ra /2da	Número de Lote	Fecha de Vencimiento	Número de Lote	Fecha de Vencimiento	Fecha y Hora de reconstitución
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de inicio del evento adverso				Hora de inicio:			
<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Apnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rubor	<input type="checkbox"/> Sudoración	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tumefacción	<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Parálisis de Bell	<input type="checkbox"/> Hemiplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Necrosis	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Hemiparexia	<input type="checkbox"/> Arritmia Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Alergia Leve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nauseas	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Otros (describir..)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Descripción del evento adverso (signos y síntomas)

El evento adverso es considerado Grave No grave (En caso de Grave marcar abajo)

Hospitalización Discapacidad Amenaza de vida Muerte Anomalía congénita

Evento médico importante (Especificar..)

RESULTADOS:

En recuperación Recuperado Recuperado con secuelas No Recuperado Desconocido

Muerte Fecha del deceso (dd/mm/aaaa) Autopsia: Si No Desconocido

Historial médico, (describir patologías de base, alergias, otros.)

Para completar en el primer nivel de decisión

Necesita Investigación:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha de investigación (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Fecha de recepción de la notificación (dd/mm/aaaa)

OBS.: EN CASOS GRAVES COPIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO SE REMITIRÁN AL NIVEL CENTRAL (PAI) POSTERIOR AL ALTA O FALLECIMIENTO DEL PACIENTE