

**PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES Y PAI**

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

<b>Datos personales del Paciente</b>				<b>Datos del Notificador</b>				
Número de Cédula del Paciente: _____				Notificador: _____				
Nombres y Apellidos del Paciente: _____				Profesión: _____				
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): _____				Teléfono: _____				
Edad: <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses				E-mail: _____				
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				Establecimiento: _____				
<input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Sem de Gestación _____				Región Sanitaria: _____				
<b>Datos de Residencia del Paciente</b>				Distrito: _____				
Departamento: _____				Fecha de notificación (dd/mm/aaaa): _____				
Distrito/Ciudad: _____								
Dirección/Barrio: _____								
Teléfono: _____								
<b>Lugar de Vacunación</b>				Nombre del Establecimiento de Salud: _____				
Distrito: _____				Región Sanitaria: _____				
<b>Vacuna</b>						<b>Diluyente</b>		
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"/> Náuseas	<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 Cardíaca	<input type="checkbox"/> Trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Meningismo	<input type="checkbox"/> Parestesia				
Otros: _____								
Descripción del Evento Adverso (signos y síntomas): _____								
<b>Factores relacionados al vacunado (Marcar y describir si corresponde)</b>								
Paciente alérgico: _____								
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: _____								
<b>El Evento Adverso derivó en:</b>								
<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="checkbox"/> Autopsia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>						
<b>RESULTADOS:</b>								
<input type="checkbox"/> En recuperación	<input type="checkbox"/> Recuperado	<input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas	<input type="checkbox"/> No recuperado	<input type="checkbox"/> Desconocido				
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)