



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: _____							
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 _____				Region Sanitaria: _____							
Distrito: _____				Fecha de notificación (dd/mm/aaaa) _____							
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"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Llanto persistente	<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Apnea	<input type="checkbox"/> Rubor	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Edema
<input type="checkbox"/> Tumefacción	<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Parálisis de Bell	<input type="checkbox"/> Hemiplejía	<input type="checkbox"/> Absceso	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Hemiparesia	<input type="checkbox"/> Arritmia Cardiaca	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Trombocitopenia
<input type="checkbox"/> Nauseas	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Linfadenitis	<input type="checkbox"/> Meningismo	<input type="checkbox"/> Sudoración	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Encefalitis	<input type="checkbox"/> Parestesia	Otros: _____			
Descripción del Evento Adverso (signos y síntomas)											
Factores relacionados al vacunado (Marcar y describir si corresponde)											
<input type="checkbox"/> Paciente alergico: _____											
<input type="checkbox"/> Presenta patología previa a la vacunación: _____											
<input type="checkbox"/> Enf. Autoinmune <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciosos <input type="checkbox"/> Otros: _____											
<input type="checkbox"/> Consume medicamentos: _____											
El Evento Adverso deriva 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) _____	Autopsia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
RESULTADOS:											
<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)