

## ANEXO Nº 01

## FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)

CONFIDENCIAL

A. DATOS DEL PACIENTE											
Nombres o iniciales(*):							Edad (*):				
Sexo (*)		Peso(Kg):		DNI (*) :			Teléfono				
Semanas de gestación (sólo gestantes)			Lactancia :		Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		Desc <input type="checkbox"/>		
IPRESS											
B. EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)											
Describir el ESAVI (*)					Fecha de inicio del ESAVI (*):		___/___/___				
					Hora de inicio del ESAVI (horas/minutos):		<input type="checkbox"/> AM				
							<input type="checkbox"/> PM				
					Fecha final del ESAVI:		___/___/___				
					Desenlace (Marca con X)						
					<input type="checkbox"/> Recuperado		<input type="checkbox"/> Recuperado con secuela				
					<input type="checkbox"/> No recuperado		<input type="checkbox"/> Mortal				
					<input type="checkbox"/> Desconocido						
					Gravedad de la ESAVI (Marcar con X)						
					<input type="checkbox"/> Leve		<input type="checkbox"/> Moderado		<input type="checkbox"/> Grave		
					Solo para ESAVI grave (Marcar con X)						
					<input type="checkbox"/> Muerte		Fecha				
					<input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente						
					<input type="checkbox"/> Produjo o prolongó su hospitalización						
					<input type="checkbox"/> Produjo discapacidad/incapacidad						
					<input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita						
					Farmacovigilancia activa:		Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio posiblemente asociados al ESAVI (incluir fechas):											
<p>Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (consumo de alcohol, tabaco, etc.)</p> <p>Diabetes <input type="checkbox"/>      Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/>      Enfermedades autoinmunes <input type="checkbox"/></p> <p>Hipertensión <input type="checkbox"/>      Epilepsia <input type="checkbox"/>      Desnutrición <input type="checkbox"/></p> <p>Hepatopatías <input type="checkbox"/>      Inmunosupresión.VIH <input type="checkbox"/>      Otras:..... <input type="checkbox"/></p>											
<p><b>Alergia:</b></p> <p>Medicamentos <input type="checkbox"/> Describir: _____ Gravedad Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/></p> <p>Alimentos <input type="checkbox"/> Describir: _____ Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/></p> <p>Animales <input type="checkbox"/> Describir: _____ Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/></p> <p>Picadura de insectos <input type="checkbox"/> Describir: _____ Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/></p> <p>Otras sustancias. Ejm: medio de contraste, excipientes (polietilenglicol, polisorbato,etc.) <input type="checkbox"/> Describir: _____ Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/></p>											
ESAVI previo a otras vacunas:		Sí <input type="checkbox"/>		Nombre de la vacuna: .....						No <input type="checkbox"/>	
C. VACUNA (S) SOSPECHOSA ( *)								Diluyente ( si aplica)			
Nombre	Laboratorio	Lote	Dosis 1,2,3	Vía de administración	Sitio de administración	Fecha de vacunación	Hora de vacunación (horas/minutos):	Lote	Fecha de vencimiento		
							<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM				
							<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM				
El paciente recibió tratamiento para el evento adverso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Especifique:							
D. MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS DIETÉTICOS O HERBARIOS ADMINISTRADOS PREVIO A LA VACUNACIÓN:											
Nombre comercial y genérico	Dosis/Frecuencia	Vía de adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción						
¿Recibió otras vacunas en las 4 últimas semanas?				Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?:.....							
				No <input type="checkbox"/>							
E. DATOS DEL NOTIFICADOR											
Nombres y apellidos(*):					IPRESS						
Teléfono o Correo electrónico(*):											
Profesión(*):		Fecha de notificación:			N° Notificación:						

Los campos (\*) son obligatorios

\*Gracias por su tiempo, su notificación puede salvar vidas\*