

FICHA NOTIFICACIÓN ESAVI

EVENTO ADVERSO SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLE A VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN

1- Procedencia de reporte:

Provincia:	Localidad:
------------	------------

2- Tipo de reporte

Inicial:	Seguimiento:
----------	--------------

3- Datos del paciente

DNI (tipo y N°)	Apellido	Nombre
Fecha nacimiento:	Edad:	Sexo: Femenino: Masculino:
DNI madre de Recién Nacidos (tipo y N°)		Teléfono
Domicilio	Localidad	Provincia

4- Condiciones médicas relevantes previas a la vacunación: Marcar con una X las condiciones que estén presentes

Alergia	Si	No	Epilepsia	Si	No
Diabetes	Si	No	Inmunosupresión, HIV	Si	No
Hepatopatías	Si	No	Uso de corticoides	Si	No
Ins. renal	Si	No	Enfermedad autoinmune	Si	No

5- Medicación habitual

--

6- Datos cronológicos

Fecha de vacunación	
Fecha de aparición del ESAVI	
Fecha de notificación del ESAVI	

7- Datos del laboratorio productor

Tipo de vacuna	Marca comercial	N° de lote/serie	Sitio aplicación	Dosis (1)	Volumen aplicado	Laboratorio productor

¿Recibió otras dosis previas de la misma vacuna?	Si :	No:	Fecha: ___/___/___	N° dosis:
¿Recibió otras vacunas en las últimas 4 semanas?	Si:	No:	Cuál/es:	
¿Tiene antecedentes familiares de reacciones a vacunas?	Hermanos, padres	Si :	No :	Cuales:

(1) Consignar dosis según esquema (1, 2, ref, dosis única, etc.)

8- Describa brevemente lo sucedido

Marque con una X los signos/ síntomas presentes

Locales	Hinchazón	Dolor	Eritema	Induración	Ulceración:	Absceso

Sistémicos	Fiebre	Erupción	Irritabilidad	Cefalea	Diarrea
Convulsiones	Hipotonía	Alteración de la conciencia	Invaginación intestinal		Síncope
Otras:					

**9- Estudios
Complementarios**

Laboratorio	Si	No	Hto: Bt:	Hb: Bd:	Gb: Got:	(Ns Gpt:	Nc FAL:	Mo	LiEo otros:	Bas), plq:urea: creat:	ESD: PCR cuantitativa:
Serología	Si	No									
LCR	Si	No									
Cultivos	Si	No									
Imágenes	Si	No									
Otros (especifique)											

10- Evolución del ESAVI: Marque con una X

Tratamiento (especificar)			
Hospitalización	Si	No	
Recuperación	Si	No	
Secuelas (especificar)			
Fallecimiento	Si	No	Fecha
Necropsia	Si	No	

11- Marco de aplicación de la vacuna: marque con una X

12- Lugar de vacunación: (especifique nombre)

Calendario Nacional de vacunación	Hospital:
Campaña:	Vacunatorio: publico privado
Otro (viajero, control de brote, bloqueo, indicación individual)	Terreno: CAPS

13- Datos del comunicador:

Apellido	Nombre
DNI	Teléfono:
Lugar de trabajo:	Mail:

Acciones realizadas en Terreno:

--

Espacio reservado para CoNaSeVa

Clasificación del ESAVI:

--

Ministerio de Salud de Chubut

Dpto. de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Mail: deprocei.chubut@gmail.com

Tel: 0280 4482387

Tel Red: 3508

ANMAT

Av. de Mayo 869, piso 11.CP1084 Bs. As.

Tel:(011)4340-0800 int. 1166

Fax: (011)4340-0866E-mail: snfvq@anmat.gov.ar

Internet: http://www.anmat.gov.ar/aplicaciones_net/applications/fvg/esavi_web/esavi.htm