

**FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE
EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI) SEVERO**

Definición operativa: Es todo evento severo supuestamente atribuido a vacunación o inmunización, que requiere hospitalización, ponga en riesgo la vida de la persona, asociado a discapacidad, o que conlleve al fallecimiento.

I NOTIFICACIÓN

Fecha de Notificación: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

No. Caso:		Nombre del establecimiento que notifica: _____
DISA/DIRESA/GERESA/	Teléfono: _____	
Provincia: _____	Persona que notifica: _____	
Distrito: _____		
1. PS <input type="checkbox"/> 2. CS <input type="checkbox"/> 3. Hosp. <input type="checkbox"/> 4. Instituto Nacional <input type="checkbox"/>		
Minsa <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FF. AA y PNP <input type="checkbox"/> Sector Privado <input type="checkbox"/>		

II DATOS DEL PACIENTE

Nombres	1er Apellido	2do Apellido	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento _____/_____/_____ Día Mes Año	Edad: _____ 1. Años <input type="checkbox"/> 2. Meses <input type="checkbox"/> 3. Días <input type="checkbox"/> 4. Hora <input type="checkbox"/> 5. Minutos <input type="checkbox"/>	Dirección: _____ Localidad: _____ Referencia: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento	Teléfono: _____
P pertenece a Comunidad Nativa: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual _____	Área de procedencia: Urbano <input type="checkbox"/> Urbano Marginal <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Esta asegurado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> EsSalud. <input type="checkbox"/> Privado. <input type="checkbox"/>	Ocupación: Sin ocupación <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____
		Documento de identificación: DNI <input type="checkbox"/> Menor s/ ident. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto s/ident. <input type="checkbox"/> Nº _____	

III DATOS DE LA VACUNACIÓN (colocar códigos)

1. Nombre de Vacuna (código)	2. Adyuvante	3. Dosis	4. Vía	5. Sitio	Fecha de vacunación	EESS que vacunó	Fabricante	Lote	Fecha de expiración
					_____/_____/_____ 				_____/_____/_____
					_____/_____/_____ 				_____/_____/_____
					_____/_____/_____ 				_____/_____/_____
					_____/_____/_____ 				_____/_____/_____

1. **VACUNA:** 01 BCG, 02 DPT, 03 APO, 04 Hepatitis B, 05 Hib, 06 Pentavalente, 07 SPR, 08 fiebre amarilla, 09 SR, 10 DT, 11 Influenza estacional, 12 Anti-sarampión, 13 Contra neumococo, 14 Contra rotavirus, 15 Contra VPH, 16 otras especificar
2. **Adyuvante:** 01 con adyuvante, 02 sin adyuvante
3. **DOSIS:** 01 primera, 02 segunda, 03 tercera, 04 adicional, 05 única, 06 refuerzo
4. **VIA:** 01 oral, 02 intradérmica, 03 subcutánea, 04 intramuscular
5. **SITIO:** 01 hombro derecho, 02 hombre izquierdo, 03 brazo derecho, 04 brazo izquierdo, 05 Vasto externo de muslo derecho, 06 Vasto externo de muslo izquierdo, 09 oral

IV ANTECEDENTES

PERSONALES						FAMILIARES				
ESAVI previo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: _____	Alergia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Convulsiones Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Asma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad crónica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otros específico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alergia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Convulsiones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Asma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad crónica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

V SIGNOS/SÍNTOMAS

		Tiempo entre vacunación e inicio del evento			Fecha de Inicio	Fecha de Término
		Minuto	Hora	Días		
1. Absceso en el sitio de inyección						
a) Estéril						
b) Bacteriano						
2. Linfadenitis supurativa						
a) Nódulo Linfático mayor a 1.5 cm						
b) Nódulo Bacteriano						
3. Reacciones locales Severas						
a) Inflamación mas allá de la articulación mas cercana						
b) Dolor enrojecimiento e inflamación de más de 3 días						
4. Llanto persistente (mayor de 3 horas)						
a) Solo asociado a fiebre						
b) Asociado a otros síntomas						
5. Convulsiones						
a) Febril						
b) Afebril						
6. Síndrome hipotónico - hiporreactivo						
a) Asociada a depresión respiratoria, cianosis						
b) No asociada a depresión respiratoria, cianosis						
7. Reacción Alérgica						
a) Reacción Anafiláctica						
b) Shock anafiláctico						
8. Púrpura trombocitopénica						
a) Sólo manifestaciones dérmicas (petequias)						
b) Asociadas a otros síntomas						
9. Síncope o reacción vasovagal						
10. Parálisis flácida aguda						
a) Asimétrica						
b) Simétrica						
11. Encefalopatías						
a) Convulsiones						
b) Severa alteración de conciencia por uno o más días						
c) Cambio de conducta por uno o más días						
d) Daño cerebral permanente						
12. Encefalitis						
13. Meningitis						
14. Osteítis / osteomielitis						
15. Artralgia						
a) Persistente						
b) Transitorio						
16. Sepsis						
17. Síndromes de shock tóxico						
18. Otros eventos severos e inusuales específico						
¿Cuál? _____						

VI DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

Large empty rectangular box for clinical description.

VII HOSPITALIZACIÓN

Nº Historia Clínica _____ Fecha de Ingreso: _____ / _____ / _____ Día Mes Año	Diagnósticos de Ingreso: _____	Estado de Alta Mejorado <input type="checkbox"/> Secuela <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>	Transferido? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿A donde? _____
Fecha de Alta: _____ / _____ / _____ Día Mes Año	Diagnóstico de Egreso: _____		

VIII SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

- | | | |
|---|--|--|
| 1. Caso no ubicable <input type="checkbox"/> | 2. En rehabilitación <input type="checkbox"/> | 3. Requiere solo control médico <input type="checkbox"/> |
| 4. Requiere tratamiento quirúrgico <input type="checkbox"/> | 5. (3) y (4) <input type="checkbox"/> | 6. Recuperado s/ secuela <input type="checkbox"/> |
| 7. Recuperación c/ secuela <input type="checkbox"/> | 8. Otro estudio Final <input type="checkbox"/> | |

IX CLASIFICACION FINAL

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. ESAVI coincidente | <input type="checkbox"/> |
| 2. ESAVI relacionado : | |
| a. Relacionado al programa (Errores programáticos) ... | <input type="checkbox"/> |
| b. Relacionado con la vacuna | <input type="checkbox"/> |
| 3. ESAVI no concluyente | <input type="checkbox"/> |

Nombre del Investigador _____ Firma _____ Cargo _____

Teléfono : _____