

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: _____ Teléfono: _____ Persona que notifica: _____
DISA/DIRESA/GERESA/ _____ Provincia: _____ 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 _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Día Mes Año	1er Apellido _____ 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"/>	2do Apellido _____ Dirección: _____ Localidad: _____ Referencia: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento _____	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono: _____ Documento de identificación: DNI <input type="checkbox"/> Menor s/ ident. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto s/ ident. <input type="checkbox"/> Nº _____
Pertenece a Comunidad Nativa: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual _____ Gestante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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: _____	

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
					____/____/____				____/____/____
					____/____/____				____/____/____
					____/____/____				____/____/____
					____/____/____				____/____/____

- 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
- Adyuvante:** 01 con adyuvante, 02 sin adyuvante
- DOSIS:** 01 primera, 02 segunda, 03 tercera, 04 adicional, 05 única, 06 refuerzo
- VIA:** 01 oral, 02 intradérmica, 03 subcutánea, 04 intramuscular
- 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 s 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 especifique: 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 Terminó
	Minuto	Hora	Días	día / mes / año	día / mes / año
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 trombocitopènica					
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 toxico				___/___/___	___/___/___
18. Otros eventos severos e inusuales especifique				___/___/___	___/___/___
¿Cuál? _____					

VI DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

VII HOSPITALIZACIÓN

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

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 ☐
2. ESAVI relacionado :
- a. Relacionado al programa (Errores programáticos) ... ☐
- b. Relacionado con la vacuna ☐
3. ESAVI no concluyente ☐

Nombre del Investigador

Firma

Cargo _____

Teléfono : _____