

1- Procedencia:

2- Tipo de ESAVI: Marcar con una X

Provincia:	Asociado a la vacuna*:
Localidad:	Asociado a la vacunación**:

3- Datos del paciente.

Apellido			
Nombre			
Edad	Fecha nacimiento	Sexo:	
Domicilio:			
Telefono:			

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

Alergias:	A que:		
Diabetes:	Hepatopatías:	Disfunciones renales:	Inmunosupresión:
Desnutrición	Enfermedades autoinmunes	Otras:	

5-Medicación concomitante

--

6- Descripción del ESAVI. Marque con una X los síntomas presentes

Fecha de vacunación					
Fecha de aparición del ESAVI					
Fecha de notificación					
Síntomas locales	Hinchazón	Dolor	Eritema		
Induración	Absceso	Ulceración:	Otros:		
Síntomas generales	Fiebre	Rash	Malestar general	Irritabilidad	Cefalea
Convulsiones	Encefalitis	Meningoencefalitis	Hipotonía	Parotiditis	Diarrea
Tumefacción parotidea bilateral	Tumefacción parotidea unilateral		Tumefacción submaxilar		
Otras:					

6.a- Resultado del ESAVI: Marque con una X

Requirió tratamiento: Si No	Cual:
Recuperado ad integrum: Si No	Secuelas: Si No Cuales:
Hospitalización: Si No	Fallecido: Si No

7- Estudios complementarios (para evaluación de evento actual): Marque con una X los laboratorios pedidos

Serología: Si No	Resultados:
LCR: Si No	Resultados:
Saliva: Si No	Resultados:
Laboratorio: Si No	Resultados:

8- Datos del laboratorio productor POR FAVOR COMPLETAR ESTOS DATOS.

Tipo de vacuna	Nº de lote/serie	Sitio aplicación	Dosis	Laboratorio productor
¿Recibió otras dosis previas de la misma vacuna? Si No		Fecha: ____/____/____ Nº dosis:		
¿Recibió al mismo tiempo otras vacunas? Si No		¿Recibió otras vacunas en las últimas 4 semanas? Si No		
Cuales:		Cuales:		
¿Tiene antecedentes familiares de reacciones a vacunas. Hermanos, padres? Si No				
Cuales:				

9- Marco de aplicación de la vacuna: marque con una X 10- Lugar de vacunación: Marque con una X

Campaña:	Hospital:
Cumplimiento del calendario:	Centro de atención primaria:
Indicación médica (ámbito privado):	Vacunatorio:
Otro (ej: brote):	Farmacia:
	Terreno:
	Otros:

11-Datos del comunicador:

Apellido	
Nombre	
Lugar de trabajo:	
Mail:	Telefono:

Clasificación del ESAVI:

ANMAT: Av. De Mayo 869, piso 11.CP1084 Bs. As.Tel:(011)4340-0800 int 1166; Fax(011)4340-0866, E-mail: snfvg@anmat.gov.ar

Ministerio de Salud: Av. 9 de Julio 1925(C1073ABA); Tel:4379-9043 int.4830/4810; Fax 4379-9000 int.4806, E-mail:

vacunas@msal.gov.ar, arearte@msal.gov.ar

Definiciones:

*Asociado a la vacuna: Evento relacionado con los componentes propios de la vacuna

**Asociado a la vacunación: Evento relacionado con el proceso de manejo de las vacunas, error programático.