

ANMAT
Av de Mayo 869



SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
VIGILANCIA DE EFECTOS ADVERSOS SUPUESTAMENTE
ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN ESAVI

MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE



PROGRAMA
NACIONAL DE
INMUNIZACIONES

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 de nacimiento		Sexo:	Talla	PC	Peso:
Domicilio:							
Telefono / Celular de contacto							

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

Alergias	Diabetes	Hepatopatías	Disfunciones renales	Epilepsias
Inmunosupresión VIH	Tratamientos Esteroides		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	Tumefacción parotídea 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?		Fecha: ___/___/___ N° dosis: _____		
¿Recibió al mismo tiempo otras vacunas? Cuales: _____		¿Recibió otras vacunas en las últimas 4 semanas? No: _____ Cuales: _____		
¿Tiene antecedentes familiares de reacciones a vacunas. Hermanos, padres? Cuales: _____		No: _____		

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 Salud
Indicación médica (ámbito privado):	Vacunatorio
Otro (ej: brote):	Vacunatorio Privado
	Farmacia
	Otro

11-Datos del comunicador:

Apellido	
Nombre	
Lugar de trabajo:	
Mail:	Telefono: _____

Clasificación del ESAVI:

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.

Enviar FICHA COMPLETA al Departamento Provincial de Inmunizaciones (Vacunatorio Central)

Virgen del Carmen de Cuyo 59, Ciudad de Mendoza. (entre San martin y 9 de julio)

TEL/FAX 0261- 4293594

e-mail: inmen@mendoza.gov.ar

