

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

Alergias (vacunas, medicamentos, otras)	Convulsiones:	Personal de salud	Enfermedades autoinmunes
Embarazo: Número de gesta: Edad gestacional:	Inmunosupresión/ Huéspedes especiales Convive con Inmunosuprimido:		Otros

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	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:					

8- Descripción del ESAVI. Marque con una X los signos/ síntomas presentes

Locales	Hinchazón	Dolor	Eritema	Induración	Ulceración:	Absceso
---------	-----------	-------	---------	------------	-------------	---------

Sistémicos	Fiebre	Rash	Irritabilidad	Cefalea	Diarrea
Convulsiones	Hipotonía	Confusión	Invaginación intestinal	Síncope vasovagal	
Otras:					

Diagnóstico presuntivo:

9- Estudios Complementarios

Laboratorio	Si	No	Hto: Bt:	Hb: Bd:	Gb: Got:	(Ns Gpt:	Nc FAL:	Mo Li Eo 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)

Recuperación ad integrum

Hospitalización

Secuelas (especificar)

Fallecido _____ fecha defunción _____

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:

Clasificación del ESAVI:

Acciones realizadas en Terreno :

Ministerio de Salud de Nación

Correo: Rivadavia 875 piso 1 (C1002AAG)

Tel: 4342-7568 / 4342-7388

Mail: esavi@dinacei.msal.gov.ar

Internet : http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000475cnt-2014-01_ficha-basica-ESAVI.pdf

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/fvq/esavi_web/esavi.htm