

**SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA EVENTOS
ADVERSOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES
A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)**

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-----------|------------------|
| País: Argentina | | Provincia: | | CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES PREVIAS A LA VACUNACIÓN | | |
| TIPO DE ESAVI Asociado a la vacuna <input type="checkbox"/> Asociado a la vacunación <input type="checkbox"/> | | | | Alergias <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatías <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Inmunosupresión. HIV <input type="checkbox"/> Tratamiento corticoideo <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otras..... | | |
| DATOS DEL PACIENTE: Apellido..... Nombre..... Edad.....Sexo.....Talla.....Peso..... | | | | | | |
| Fecha de notificación: ____/____/____ Fecha de vacunación: ____/____/____ Fecha del ESAVI: ____/____/____ | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL ESAVI (incluyendo su duración) | | MEDICACIÓN CONCOMITANTE | | | | |
| | | ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS POST ESAVI (Laboratorio, Rx, EEG, etc.) (Con resultado) | | | | |
| | | RESULTADO DEL ESAVI Requirió tratamiento <input type="checkbox"/> Recuperación ad-integrum <input type="checkbox"/> Secuela <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Riesgo de vida <input type="checkbox"/> | | | | |
| DATOS DE LA VACUNA | | | | | | |
| Tipo de vacuna | | Sitio aplicación | Dosis | Laboratorio | Productor | N° de lote/serie |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ¿Recibió otras dosis previamente del mismo tipo de vacuna? Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuándo?: ____/____/____ No <input type="checkbox"/> | | | Tiene antecedentes familiares de reacciones a vacunas ¿Hermanos, padres, abuelos? Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?:..... No <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Recibió al mismo tiempo otras vacunas? Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?:..... No <input type="checkbox"/> | | | MARCO DE APLICACIÓN DE LA VACUNA Durante la campaña <input type="checkbox"/> Calendario <input type="checkbox"/> Indicación médica <input type="checkbox"/> Otros (brote, etc.) <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Recibió otras vacunas en las 4 últimas semanas? Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?:..... No <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| LUGAR DE VACUNACIÓN Hospital <input type="checkbox"/> Centro de atención primaria <input type="checkbox"/> Vacunatorio <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> | | | DATOS DEL COMUNICADOR Apellido..... Nombre..... Lugar de trabajo..... Teléfono..... E-mail..... | | | |
| Av. de Mayo 869, piso 11. CP 1084. CABA. Tel: (011) 4340-0800. Int 1166. Fax: (011): 4340-0866 snfvq@anmat.gov.ar www.anmat.gov.ar | | | | | | |