



**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"/>		Alergias <input type="checkbox"/>	
Asociado a la vacunación <input type="checkbox"/>				Diabetes <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL PACIENTE:		Asociado a la vacunación <input type="checkbox"/>		Hepatopatías <input type="checkbox"/>	
Apellido.....				Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/>	
Nombre.....				Epilepsia <input type="checkbox"/>	
Edad.....Sexo.....Talla.....Peso.....				Inmunosupresión. HIV <input type="checkbox"/>	
Fecha de notificación: ____/____/____				Tratamiento corticoideo <input type="checkbox"/>	
Fecha de vacunación: ____/____/____				Enfermedades autoinmunes <input type="checkbox"/>	
Fecha del ESAVI: ____/____/____				Desnutrición <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DEL ESAVI (incluyendo su duración)				Otras.....	
				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		
¿Recibió otras vacunas en las 4 últimas semanas? Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?:..... No <input type="checkbox"/>			Durante la campaña <input type="checkbox"/>		
			Calendario <input type="checkbox"/>		
			Indicación médica <input type="checkbox"/>		
			Otros (brote, etc.) <input type="checkbox"/>		
LUGAR DE VACUNACIÓN			DATOS DEL COMUNICADOR		
Hospital <input type="checkbox"/>			Apellido.....		
Centro de atención primaria <input type="checkbox"/>			Nombre.....		
Vacunatorio <input type="checkbox"/>			Lugar de trabajo.....		
Farmacia <input type="checkbox"/>			Teléfono.....		
Ambulatorio <input type="checkbox"/>			E-mail.....		
Av. de Mayo 869, piso 11. CP 1084. CABA. Tel: (011) 4340-0800. Int 1166. Fax:(011):4340-0866 depto.snfvfg@anmat.gob.ar www.argentina.gob.ar/anmat					