



**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 depto.snfvfg@anmat.gob.ar www.argentina.gob.ar/anmat						