

**FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE  
EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI) SEVERO**

**Definición operativa:** Es todo evento severo supuestamente atribuido a vacunación o inmunización, que requiere hospitalización, ponga en riesgo la vida de la persona, asociado a discapacidad, o que conlleve al fallecimiento.

## I NOTIFICACIÓN

**Fecha de Notificación:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

No. Caso:		Nombre del establecimiento que notifica:
DISA/DIRESA/GERESA/		Teléfono:
Provincia:		
Distrito:		Persona que notifica:
1. PS <input type="checkbox"/> 2. CS <input type="checkbox"/> 3. Hosp. <input type="checkbox"/> 4. Instituto Nacional <input type="checkbox"/>		
Minsa <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FF.AA v. PNP <input type="checkbox"/> Sector Privado <input type="checkbox"/>		

## II DATOS DEL PACIENTE

Nombres		1er Apellido		2do Apellido		Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Teléfono:
Fecha de Nacimiento		Edad: _____		Dirección: _____					
____/____/____ Día Mes Año		1. Años <input type="checkbox"/> 2. Meses <input type="checkbox"/>		Localidad: _____					
		3. Días <input type="checkbox"/> 4. Hora <input type="checkbox"/>		Referencia: _____					
		5. Minutos <input type="checkbox"/>		Distrito: _____ Provincia: _____					
Pertenece a Comunidad Nativa:		Área de procedencia:		Esta asegurado:		Ocupación:		Documento de identificación:	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Urbano <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sin ocupación <input type="checkbox"/>		DNI <input type="checkbox"/> Menor s/ ident. <input type="checkbox"/>	
Cual _____		Urbano Marginal <input type="checkbox"/>		SIS ..... <input type="checkbox"/>		Estudiante <input type="checkbox"/>			
		Rural <input type="checkbox"/>		EsSalud... <input type="checkbox"/>		Comerciante <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto s/ident. <input type="checkbox"/>	
Gestante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Privado... <input type="checkbox"/>		Empleado <input type="checkbox"/>		Nº _____	
						Otro <input type="checkbox"/>			
						Especifique: _____			

### III DATOS DE LA VACUNACIÓN (colocar códigos)

1. Nombre de Vacuna ( código )	2. Adyuvante	3. Dosis	4. Vía	5. Sitio	Fecha de vacunación	EESS que vacunó	Fabricante	Lote	Fecha de expiración
					__/__/__				__/__/__
					__/__/__				__/__/__
					__/__/__				__/__/__
					__/__/__				__/__/__

1. **VACUNA:** 01 BCG, 02 DPT, 03 APO, 04 Hepatitis B, 05 Hib, 06 Pentavalente, 07 SPR. 08 Febre amarilla, 09 SR, 10 DT, 11 Influenza estacional, 12 Antisarampión, 13 Contra neumococo, 14 Contra rotavirus, 15 Contra VPH, 16 otras especificar
2. **Adyuvante:** 01 con adyuvante, 02 sin adyuvante
3. **DOSIS:** 01 primera, 02 segunda, 03 tercera, 04 adicional, 05 única, 06 refuerzo
4. **VIA:** 01 oral, 02 intradérmica, 03 subcutánea, 04 intramuscular
5. **SITIO:** 01 hombro derecho, 02 hombro izquierdo, 03 brazo derecho, 04 brazo izquierdo, 05 Vasto externo de muslo derecho, 06 Vasto externo de muslo izquierdo, 09 oral

#### IV ANTECEDENTES

PERSONALES					FAMILIARES				
ESAVI previo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: _____	Alergia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Convulsiones Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Asma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad crónica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otros especifique: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alergia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Convulsiones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Asma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad crónica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

#### V SIGNOS/SÍNTOMAS

	Tiempo entre vacunación e inicio del evento			Fecha de Inicio	Fecha de Terminó
	Minuto	Hora	Días	día / mes / año	día / mes / año
<b>1. Absceso en el sitio de inyección</b>					
a) Estéril				___/___/___	___/___/___
b) Bacteriano				___/___/___	___/___/___
<b>2. Linfadenitis supurativa</b>					
a) Nódulo Linfático mayor a 1.5 cm				___/___/___	___/___/___
b) Nódulo Bacteriano				___/___/___	___/___/___
<b>3. Reacciones locales Severas</b>					
a) Inflamación mas allá de la articulación mas cercana				___/___/___	___/___/___
b) Dolor enrojecimiento e inflamación de más de 3 días				___/___/___	___/___/___
<b>4. Llanto persistente (mayor de 3 horas)</b>					
a) Solo asociado a fiebre				___/___/___	___/___/___
b) Asociado a otros síntomas				___/___/___	___/___/___
<b>5. Convulsiones</b>					
a) Febril				___/___/___	___/___/___
b) Afebril				___/___/___	___/___/___
<b>6. Síndrome hipotónico - hiporreactivo</b>					
a) Asociada a depresión respiratoria, cianosis				___/___/___	___/___/___
b) No asociada a depresión respiratoria, cianosis				___/___/___	___/___/___
<b>7. Reacción Alérgica</b>					
a) Reacción Anafiláctica				___/___/___	___/___/___
b) Shock anafiláctico				___/___/___	___/___/___
<b>8. Púrpura trombocitopènica</b>					
a) Sólo manifestaciones dérmicas (petequias)				___/___/___	___/___/___
b) Asociadas a otros síntomas				___/___/___	___/___/___
<b>9. Síncope o reacción vasovagal</b>					
<b>10. Parálisis flácida aguda</b>					
a) Asimétrica				___/___/___	___/___/___
b) Simétrica				___/___/___	___/___/___
<b>11. . Encefalopatías</b>					
a) Convulsiones				___/___/___	___/___/___
b) Severa alteración de conciencia por uno o más días				___/___/___	___/___/___
c) Cambio de conducta por uno o más días				___/___/___	___/___/___
d) Daño cerebral permanente				___/___/___	___/___/___
<b>12. Encefalitis</b>				___/___/___	___/___/___
<b>13. Meningitis</b>				___/___/___	___/___/___
<b>14. Osteítis / osteomielitis</b>					
<b>15. Artralgia</b>					
a) Persistente				___/___/___	___/___/___
b) Transitorio				___/___/___	___/___/___
<b>16. Sepsis</b>					
<b>17. Síndromes de shock toxico</b>				___/___/___	___/___/___
<b>18. Otros eventos severos e inusuales especifique</b>				___/___/___	___/___/___
¿Cuál? _____					

VI DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

VII HOSPITALIZACIÓN

N° Historia Clínica_____	Diagnósticos de Ingreso:	Estado de Alta Mejorado <input type="checkbox"/> Secuela <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>	Transferido?
Fecha de Ingreso: ____/____/____ Día      Mes      Año	_____		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de Alta:      ____/____/____ Día      Mes      Año	Diagnóstico de Egreso:		¿A donde?_____

VIII SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1. Caso no ubicable <input type="checkbox"/>                | 2. En rehabilitación <input type="checkbox"/>  | 3. Requiere solo control médico <input type="checkbox"/> |
| 4. Requiere tratamiento quirúrgico <input type="checkbox"/> | 5. (3) y (4 ) <input type="checkbox"/>         | 6. Recuperado s/ secuela <input type="checkbox"/>        |
| 7. Recuperación c/ secuela <input type="checkbox"/>         | 8. Otro estudio Final <input type="checkbox"/> |  |

IX CLASIFICACION FINAL

1. ESAVI coincidente ..... ☐
2. ESAVI relacionado :
- a. Relacionado al programa (Errores programáticos) ... ☐
- b. Relacionado con la vacuna ..... ☐
3. ESAVI no concluyente ..... ☐

_____ Nombre del Investigador	_____ Firma	Cargo _____
		Teléfono : _____