

Caso N°: ____/____/____

Caso sospechoso: Es un cuadro clínico que ocurre después de la administración de una vacuna (hasta 30 días después), que causa preocupación y es supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización.

A) DATOS DEL NOTIFICANTE

1. Fecha de consulta: ____/____/____ 2. Fecha de captación: ____/____/____ 3. Fecha de notificación: ____/____/____
4. Nombre del Notificante: _____ 5. Tel. o cel. N°: _____
6. Establecimiento de salud: _____ 7. Distrito: _____ 8. Región Sanitaria N°:
9. Sub-sector que notifica: 9.1 Público 9.2 Seguridad social 9.3 Privado 9.4 Otro Especifique: _____
10. Cómo conoció el caso: 10.1 Consulta 10.2 Laboratorio 10.3 B.A. Institucional 10.4 B.A. Comunitaria 10.5 Rumores 10.6 Otros _____

B) DATOS DEL PACIENTE

11. C.I. N°: _____ 12. Nombre y apellido del paciente: _____
13. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 14. Edad: Años Meses Días 15. Sexo: F M 16. Nacionalidad: _____
17. Domicilio: 17.1 Departamento: _____ 17.2 Distrito: _____ 17.3 Barrio o Cñia.: _____
17.4 Dirección: _____
17.5 Ref. para ubicar el domicilio: _____
17.6 Tel. de contacto: ____/____/____ 18. Localidad: 1=Urbano 2=Rural 19. Com. indígena: 1=Si 2=No 19.1 Etnia: _____
20. Ocupación: _____ 21. Dirección del trabajo o escuela: _____
22. Nombre de la madre o responsable: _____ 22.1 C.I. N°: _____

C) ANTECEDENTES PREVIOS DE VACUNACIÓN

Vacuna	N° dosis previas	Fecha última dosis	Vacunas	N° dosis previas	Fecha última dosis
<input type="checkbox"/> 23 BCG	23.1 _____	23.2 ____/____/____	<input type="checkbox"/> 29 DPT	29.1 _____	29.2 ____/____/____
<input type="checkbox"/> 24 OPV	24.1 _____	24.2 ____/____/____	<input type="checkbox"/> 30 AA	30.1 _____	30.2 ____/____/____
<input type="checkbox"/> 25 Penta	25.1 _____	25.2 ____/____/____	<input type="checkbox"/> 31 Td	31.1 _____	31.2 ____/____/____
<input type="checkbox"/> 26 Rotavirus	26.1 _____	26.2 ____/____/____	<input type="checkbox"/> 32 Influenza	32.1 _____	32.2 ____/____/____
<input type="checkbox"/> 27 Neumococo	27.1 _____	27.2 ____/____/____	<input type="checkbox"/> 33 Neumococo23	33.1 _____	33.2 ____/____/____
<input type="checkbox"/> 28 SPR	28.1 _____	28.2 ____/____/____	<input type="checkbox"/> 34 Otros	34.1 _____	34.2 ____/____/____

D) FACTORES RELACIONADOS AL VACUNADO

35. Estado nutricional al momento de la vacunación: 35.1 Peso: K grs. 35.2 Talla: M cm. 35.3 Desnutrido: 1=Si 2=No
36. Paciente embarazada: 1=Si 2=No 99=Desconocido 36.1 Semanas de gestación (01-42): _____ 36.2 Control PN: 1=Si 2=No 99=Desconocido 36.3 Establecimiento: _____
36.5 Fecha probable de parto: ____/____/____ 36.6 Lugar probable de parto: _____
37. Paciente alérgico: 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí; 37.1 Describir: _____
38. Deficiencias inmunitarias: 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí; 38.1 Describir: _____
39. Patología previa a la vacunación: 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí; 39.1 Describir: _____
40. Toma medicamentos: 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí; 40.1 Especificar droga: _____ 40.2 Dosis: _____
41. Antecedentes patológicos familiares: 1=Si 2=No 99=Desconocido
41.1. De la madre: _____
41.2. Del padre: _____
41.3. Otros familiares: _____
42. Antecedentes del estado actual: Describir antecedentes de interés de las últimas 24 a 48 horas: (medicamentos, alimentación, exposición, etc.)

E) DATOS CLÍNICOS

Marcar en cada casilla según corresponda: 1=Si, 2=No, 99=Desconocido

43. Signos y síntomas locales:

- Fecha de inicio: ____/____/____
- 43.1 Dolor
 43.2 Calor
 43.3 Rubor
 43.4 Tumefac.
 43.5 Necrosis
 43.6 Otros

43.6.2 Describir: _____

44. Signos y síntomas generales:

- Fecha de inicio: ____/____/____
- 44.1 Fiebre
 44.2 Náuseas
 44.3 Mialgia
 44.4 Fatiga
 44.5 Cefalea
 44.6 Sudoración
 44.7 Malestar
 44.8 Meningismo

- Fecha de inicio: ____/____/____
- 44.9 Ictericia
 44.10 Irritabilidad
 44.11 Convulsiones
 44.12 Rash
 44.13 Llanto persistente
 44.14 Edema
 44.15 Otros

44.15.2 Describir: _____

45. Hospitalización: 1=Si, 2=No, Si es sí: 99=Desconocido
- 45.1 Establecimiento: _____ 45.2 Fecha admisión: ____/____/____
- 45.3 Días de internación: _____ 45.4 N° Historia clínica: _____ 45.5 Alta: 1=Con secuela, 2=Sin secuela
- 45.5.1 Describir: _____ 45.5.2 Fecha del alta: ____/____/____
46. Tratamiento: 46.1 Medicamentos: _____ 46.1.1 Dosis: _____ 46.1.2 Fecha: ____/____/____
- 46.2 Medicamentos: _____ 46.2.1 Dosis: _____ 46.2.2 Fecha: ____/____/____
- 46.3 Medicamentos: _____ 46.3.1 Dosis: _____ 46.3.2 Fecha: ____/____/____
- 46.4. Observaciones: _____
47. Nombre del responsable de la atención: _____ 47.1 Reg. Prof. N°: _____

F) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Marcar en cada casilla según corresponda: 1=Si, 2=No, 99=Desconocido

48. Sangre: Fecha: ____/____/____ Resultado

- 48.1 G. Blancos: _____
 48.2 Neutrófilos: _____
 48.3 Eosinófilos: _____
 48.4 Monocitos: _____
 48.5 Basófilos: _____
 48.6 Hemoglobina: _____
 48.7 Hematocrito: _____
 48.8 VSG: _____
 48.9 PCR: _____
 48.10 Urea: _____
 48.11 Creatinina: _____
 48.12 GOT: _____
 48.13 GPT: _____

- 48.14 Bilirrub. total: _____
 48.14.1 Indirecta: _____
 48.14.2 Directa: _____
 48.15 Glicemia: _____
 48.16 Crasis sanguínea: _____
 48.17 Albúmina: _____
 48.18 Globulina: _____
 48.19 Proteínas totales: _____
 48.20 Electrolitos: _____
 48.21 Otros: _____

49. Orina: Fecha: ____/____/____ Resultado
- 49.1 Orina/sedimentos: _____

50. LCR: Fecha: ____/____/____ Resultado

- 50.1 Aspecto: _____
 50.2 Proteínas: _____
 50.3 Pandy: _____
 50.4 Glucosa: _____
 50.5 Celularidad: _____
 50.6 Otros: _____

51. Cultivos: Fecha: ____/____/____ Resultado

- 51.1 Sangre: _____
 51.2 Orina: _____
 51.3 LCR: _____
 51.4 Otros: _____

52. Otros estudios: Fecha: ____/____/____

52.1 Describir: _____

G) EVOLUCIÓN

53. Seguimiento: 1=Recuperado, 2=Discapacidad permanente, 3=Defunción, 99=Desconocido

53.1 En caso de defunción: 53.1.1 Fecha defunción: ____/____/____

53.1.2 Lugar de defunción: _____

53.1.3 Causa básica de defunción: _____

54. Observaciones: _____

H) CLASIFICACIÓN FINAL

55. Según gravedad: 1=Leve, 2=Moderado, 3=Grave

56. Según causa: 1=Evento Coincidente, 2=Error Programático, 3=Asociado a la vacuna, 4=No Concluyente

57. Fecha de clasificación final: ____/____/____

58. Medidas adoptadas según clasificación final: _____

59. Persona que realizó la investigación: _____ 59.1 Profesión: _____

59.2 Cargo: _____ 59.3 Dependencia: _____ 59.4 Región Sanitaria N°:

II FACTORES RELACIONADOS CON LA VACUNACIÓN

Marcar según corresponda: 1=Si
2=No

60. Cumplimiento de normas de vacunación segura:

	Nivel regional	Nivel distrital	Nivel local
60.1 Tipo de equipo para almacenamiento de vacunas	<input type="checkbox"/> Cámara <input type="checkbox"/> Ref. Horizontal <input type="checkbox"/> Ref. Vertical	<input type="checkbox"/> Ref. Horizontal <input type="checkbox"/> Ref. Vertical	<input type="checkbox"/> Ref. Horizontal <input type="checkbox"/> Ref. Vertical
60.2 Refrigerador exclusivo para vacunas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.2.1 Funciona adecuadamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.3 Cuenta con termómetro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.3.1 Cuenta con registro actualizado de temperatura:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.4 Las vacunas están correctamente dispuestas en el refrigerador:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.5 Cuenta con termos para transporte de vacunas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.6 Cuenta con termos para las actividades de vacunación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.7 Cuenta con plan de emergencia para red de frío:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.8 Se registró corte de energía eléctrica en los últimos 30 días:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.9 Jeringas para vacunación correctamente almacenadas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.10 Cuenta con cajas de seguridad y bolsas para desechos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.11 Cuenta con plan de disposición final de desechos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.12 Cuenta con lineamientos técnicos de vacunación segura:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.13 El personal de logística conoce normas de vacunación segura:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Sede de vacunación:

61.1 Sub-sector: 1=Público
 2=Seguridad Social
 3=Privado
 4=Otro

61.2 Establecimiento de salud: _____

61.3 Localidad: 1=Urbano
 2=Rural

61.4 Distrito: _____

61.5 Región Sanitaria N°:

62. Ambiente de vacunación:

62.1 Ambiente exclusivo para vacunación: 1=Si
2=No

62.2 Cuenta con lavamanos: 1=Si
2=No

62.3 Ambiente climatizado: 1=Si
2=No

63. Antecedentes del evento actual:

63.1 Fecha de vacunación: ____/____/____

63.2 Hora estimada de vacunación: ____ hs.

63.3 Estrategia de vacunación: 1=Institucional
 2=Puesto fijo
 3=Por Concentración
 4=Casa a casa

63.4 Tipo de personal que vacunó: 1=Médico
 2=Licenciado
 3=Técnico
 4=Auxiliar
 5=Otro

63.4.1 Si es otro, especificar: _____

63.4.2 Tiempo de experiencia en vacunación: _____

64. Administración de vacunas asociadas al ESAVI actual:

64.1 Vacuna 1:	64.2 Vacuna 2:	64.3 Vacuna 3:
64.1.1 Lab. fabricante: _____	64.2.1 Lab. fabricante: _____	64.3.1 Lab. fabricante: _____
64.1.2 Lote N°: _____	64.2.2 Lote N°: _____	64.3.2 Lote N°: _____
64.1.3 Fecha fabricación: ____/____/____	64.2.3 Fecha fabricación: ____/____/____	64.3.3 Fecha fabricación: ____/____/____
64.1.4 Fecha vencimiento: ____/____/____	64.2.4 Fecha vencimiento: ____/____/____	64.3.4 Fecha vencimiento: ____/____/____
64.1.5 Dosis: _____	64.2.5 Dosis: _____	64.3.5 Dosis: _____
64.1.6 Vía: <input type="checkbox"/> 1=ID <input type="checkbox"/> 2=IM <input type="checkbox"/> 3=SC <input type="checkbox"/> 4=VO	64.2.6 Vía: <input type="checkbox"/> 1=ID <input type="checkbox"/> 2=IM <input type="checkbox"/> 3=SC <input type="checkbox"/> 4=VO	64.3.6 Vía: <input type="checkbox"/> 1=ID <input type="checkbox"/> 2=IM <input type="checkbox"/> 3=SC <input type="checkbox"/> 4=VO
64.1.7 Sitio de aplicación: <input type="checkbox"/> 1=Región deltoidea derecha <input type="checkbox"/> 2=Región deltoidea izquierda <input type="checkbox"/> 3=Muslo derecho <input type="checkbox"/> 4=Muslo izquierdo <input type="checkbox"/> 5=Otro	64.2.7 Sitio de aplicación: <input type="checkbox"/> 1=Región deltoidea derecha <input type="checkbox"/> 2=Región deltoidea izquierda <input type="checkbox"/> 3=Muslo derecho <input type="checkbox"/> 4=Muslo izquierdo <input type="checkbox"/> 5=Otro	64.3.7 Sitio de aplicación: <input type="checkbox"/> 1=Región deltoidea derecha <input type="checkbox"/> 2=Región deltoidea izquierda <input type="checkbox"/> 3=Muslo derecho <input type="checkbox"/> 4=Muslo izquierdo <input type="checkbox"/> 5=Otro
64.1.8 Jeringa para dilución: <input type="checkbox"/> 1=1 cc <input type="checkbox"/> 2=5 cc	64.2.8 Jeringa para dilución: <input type="checkbox"/> 1=1 cc <input type="checkbox"/> 2=5 cc	64.3.8 Jeringa para dilución: <input type="checkbox"/> 1=1 cc <input type="checkbox"/> 2=5 cc
64.1.9 Jeringa para vacunación: <input type="checkbox"/> 1=AD <input type="checkbox"/> 2=D	64.2.9 Jeringa para vacunación: <input type="checkbox"/> 1=AD <input type="checkbox"/> 2=D	64.3.9 Jeringa para vacunación: <input type="checkbox"/> 1=AD <input type="checkbox"/> 2=D
64.1.10 Aguja calibre N°: <input type="checkbox"/> 1=27G x 3/8 <input type="checkbox"/> 2=26G x 3/8 <input type="checkbox"/> 3=25G x 5/8 <input type="checkbox"/> 4=23G x 1 <input type="checkbox"/> 5=22G x 1 <input type="checkbox"/> 6=Otro	64.2.10 Aguja calibre N°: <input type="checkbox"/> 1=27G x 3/8 <input type="checkbox"/> 2=26G x 3/8 <input type="checkbox"/> 3=25G x 5/8 <input type="checkbox"/> 4=23G x 1 <input type="checkbox"/> 5=22G x 1 <input type="checkbox"/> 6=Otro	64.3.10 Aguja calibre N°: <input type="checkbox"/> 1=27G x 3/8 <input type="checkbox"/> 2=26G x 3/8 <input type="checkbox"/> 3=25G x 5/8 <input type="checkbox"/> 4=23G x 1 <input type="checkbox"/> 5=22G x 1 <input type="checkbox"/> 6=Otro
64.1.11 Al momento de la vacunación, la vacuna estaba en: <input type="checkbox"/> 1=Termo KST/Blue King/AOV <input type="checkbox"/> 2=Termos de isopor <input type="checkbox"/> 3=Heladera <input type="checkbox"/> 4=Otro	64.2.11 Al momento de la vacunación, la vacuna estaba en: <input type="checkbox"/> 1=Termo KST/Blue King/AOV <input type="checkbox"/> 2=Termos de isopor <input type="checkbox"/> 3=Heladera <input type="checkbox"/> 4=Otro	64.3.11 Al momento de la vacunación, la vacuna estaba en: <input type="checkbox"/> 1=Termo KST/Blue King/AOV <input type="checkbox"/> 2=Termos de isopor <input type="checkbox"/> 3=Heladera <input type="checkbox"/> 4=Otro
64.1.12 Ingreso al nivel regional: ____/____/____	64.2.12 Ingreso al nivel regional: ____/____/____	64.3.12 Ingreso al nivel regional: ____/____/____
64.1.13 Ingreso al nivel distrital: ____/____/____	64.2.13 Ingreso al nivel distrital: ____/____/____	64.3.13 Ingreso al nivel distrital: ____/____/____
64.1.14 Ingreso al nivel local: ____/____/____	64.2.14 Ingreso al nivel local: ____/____/____	64.3.14 Ingreso al nivel local: ____/____/____
64.1.15 Tiempo entre el abastecimiento y la administración de la vacuna: _____	64.2.15 Tiempo entre el abastecimiento y la administración de la vacuna: _____	64.3.15 Tiempo entre el abastecimiento y la administración de la vacuna: _____
64.1.16 Describir técnica: _____	64.2.16 Describir técnica: _____	64.3.16 Describir técnica: _____
64.1.17 El personal que vacunó, conoce indicaciones y contraindicaciones: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No	64.2.17 El personal que vacunó, conoce indicaciones y contraindicaciones: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No	64.3.17 El personal que vacunó, conoce indicaciones y contraindicaciones: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No
64.1.18 El personal que vacunó, conoce política de frascos abiertos: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No	64.2.18 El personal que vacunó, conoce política de frascos abiertos: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No	64.3.18 El personal que vacunó, conoce política de frascos abiertos: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No

65. Persona que completó esta sección: _____

65.1 Profesión: _____

65.2 Cargo: _____

65.3 Dependencia: _____

65.4 Región Sanitaria N°: