



### HOJA DE NOTIFICACIÓN DE ESAVI

#### EVENTO SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLE A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

<p><b>1- PAIS:</b> ARGENTINA <b>PROVINCIA:</b> SANTA FE <b>LOCALIDAD:</b>.....</p>	<p><b>4. CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES PREVIAS A LA VACUNACIÓN</b></p> <p>Alergias <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Diabetes <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Hepatopatías <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Insuficiencia renal <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Epilepsia <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Inmunosupresión. VIH <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Tratamiento con corticoides* <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Enfermedades autoinmunes <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Desnutrición <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Otros:.....</p> <p>*<math>\geq 2</math> mg/kg/día hasta un máximo de 10 kg de peso corporal o <math>\geq 20</math> mg/día de prednisona o su equivalente durante un período <math>\geq</math> de 14 días.</p>																																		
<p><b>2- TIPO DE ESAVI</b></p> <p>Asociado a la vacuna <input type="checkbox"/>          Asociado a la vacunación <input type="checkbox"/></p>	<p><b>5. MEDICACIÓN CONCOMITANTE</b></p>																																		
<p><b>3- DATOS DEL PACIENTE</b></p> <p>Nombre y Apellido:          Edad:            Sexo:            Talla:            Peso:          Domicilio:          Teléfono:</p>	<p><b>7. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS POST ESAVI</b> Laboratorio, Rx, EEC, EEG, otros (Resultados)</p>																																		
<p><b>6.1 DESCRIPCIÓN DEL ESAVI</b> (incluyendo duración)</p> <p>Fecha de Vacunación:../../.....          Fecha de aparición del ESAVI:../../.....          Fecha de finalización del ESAVI:../../.....          Fecha de Notificación:../../.....</p>	<p><b>6.2 RESULTADO DEL ESAVI</b></p> <p>Requirió tratamiento <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Recuperado "ad integrum" <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Secuelas <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Hospitalización <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>          Riesgo de vida <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span></p>																																		
<p><b>8. DATOS DE LA VACUNA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Vacuna</th> <th rowspan="2">Nombre comercial</th> <th rowspan="2">Nº de Lote/Fecha de vencimiento</th> <th rowspan="2">Laboratorio</th> <th colspan="2">Dosis</th> <th rowspan="2">Sitio aplicación</th> <th rowspan="2">Vía adm.</th> </tr> <tr> <th>ml</th> <th>Nº (1º, 2º..)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Vacuna	Nombre comercial	Nº de Lote/Fecha de vencimiento	Laboratorio	Dosis		Sitio aplicación	Vía adm.	ml	Nº (1º, 2º..)																								
Vacuna	Nombre comercial					Nº de Lote/Fecha de vencimiento	Laboratorio			Dosis		Sitio aplicación	Vía adm.																						
		ml	Nº (1º, 2º..)																																
<p><b>¿Recibió otras dosis previamente del mismo tipo de vacuna?</b></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/>            ¿Cuándo?../../.....          NO <input type="checkbox"/></p>	<p><b>¿Recibió al mismo tiempo otras vacunas?</b></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/>            ¿Cuáles?.....          NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>¿Recibió otras vacunas en las 4 últimas semanas?</b></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/>            ¿Cuáles?.....          NO <input type="checkbox"/></p>																																		
<p><b>¿Tuvo reacciones adversas posteriores a la vacunación con las dosis previas?</b></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/>            ¿Cuáles?.....          NO <input type="checkbox"/></p>	<p><b>¿Tiene antecedentes familiares de reacciones a vacunas (hermanos, padres, abuelos)?</b></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/>            ¿Cuáles?.....          NO <input type="checkbox"/></p>																																		
<p><b>9. LUGAR DE VACUNACIÓN</b></p> <p>Hospital <input type="checkbox"/>          Centro de atención primaria <input type="checkbox"/>          Vacunatorio <input type="checkbox"/>          Farmacia <input type="checkbox"/>          Ambulatorio <input type="checkbox"/></p>	<p><b>10. MARCO DE APLICACION DE LA VACUNA</b></p> <p>Durante la Campaña <input type="checkbox"/>          Por cumplimiento de Calendario <input type="checkbox"/>          Indicación Médica <input type="checkbox"/>          Otros (brote, etc.) <input type="checkbox"/>.....</p>																																		
<p><b>DATOS DEL NOTIFICADOR DEL ESAVI:</b></p> <p>Nombre y Apellido: _____          Lugar de Trabajo: _____          Dirección: _____          Profesión: _____ Tel: _____ E-mail: _____</p>																																			
<p>Completar y enviar a: Colegio de Farmacéuticos de la Prov. de Santa Fe, 1ºC. 9 de Julio 2967 (3000) Santa Fe.          Tel.: 0342-4550189. E-mail: dap@colfarsfe.org.ar</p>																																			

## INSTRUCCIONES PARA NOTIFICACIÓN DE ESAVI

ESAVI (Evento supuestamente atribuible a la vacunación e inmunización) es todo cuadro clínico que ocurre después de la administración de una vacuna, que causa preocupación y podría asociarse a la vacuna o a la vacunación.

Lea atentamente **toda la hoja** antes de completarla. De este modo, podrá llenarla con la mayor cantidad de datos posibles en sus casilleros correspondientes.

**Escriba con letra clara**, esto facilitará la evaluación y clasificación del evento.

- 1) **Localidad**  
Se deberá agregar la localidad.
- 2) **Tipo de ESAVI**  
Marque con una X, según la notificación esté relacionada a la vacuna o bien a la práctica vacunatoria.
- 3) **Datos del paciente**  
Escriba todos los datos significativos conocidos del paciente. Puede usar iniciales para proteger la identidad del mismo. Peso y talla son muy necesarios en caso de notificaciones pediátricas. En el ítem domicilio, debe especificarse calle, piso y departamento. El teléfono puede ser celular o fijo.
- 4) **Condiciones Médicas relevante previa a la vacunación**  
Se enumeran en forma de columna una serie de patologías o condiciones médicas con dos casilleros SÍ o por NO. Marque con una X si previo a la vacunación se presentaba alguna de ellas.
- 5) **Medicación concomitante**  
Indique si el paciente recibió otra medicación o terapias alternativas (hierbas, tisanas, cocimientos, venenos de serpientes, medicamentos homeopáticos, etc.).
- 6) **1- Descripción del ESAVI**  
Indique los signos y síntomas del evento adverso, describiendo exhaustivamente su intensidad y características. Aunque se trate de una reacción adversa conocida, es importante su notificación. Si no es suficiente el espacio con el que cuenta, agregue una hoja accesoria, describiendo el caso. No deberán faltar los datos de las fechas de vacunación, aparición del ESAVI y de notificación.  
**2- Resultado del ESAVI**  
Marque con una X, por SÍ o por NO, según corresponda.
- 7) **Estudios complementarios POST ESAVI**  
Se deberán indicar todos los estudios y sus resultados, que se hayan realizado durante el episodio y la evolución del presunto ESAVI: Ej.: análisis clínicos específicos y/o de rutina, radiografías, ECG, EEG, etc.
- 8) **Datos de la vacuna**  
Se debe mencionar contra qué enfermedad protege la vacuna que se cree es la responsable del evento adversos, el nombre comercial, número de lote y fecha de vencimiento, laboratorio productor. En relación a la dosis, indicar los mililitros (ml) aplicados y el número (Nº) de la dosis que le corresponde a esta vacuna en el esquema de vacunación (Ej.: 1º dosis o 2º dosis o refuerzo).  
El sitio de aplicación debe figurar siempre.  
En los recuadros específicos en los que se pregunta si recibió dosis de esa vacuna previamente, debe responderse por SÍ o por NO (si es por SÍ, indicar fecha).  
Si recibió otras vacunas al mismo tiempo, responder por SÍ o por NO y, en caso afirmativo, mencionarlas. Igual proceso se llevará a cabo en el ítem relativo a otras vacunas aplicadas en las últimas cuatro semanas.  
Responder, por SÍ o por NO, si tuvo alguna reacción adversa posterior a la vacunación con las dosis previas.  
Responder, por SÍ o por NO, si tiene antecedentes familiares de reacciones a vacunas (hermanos, padres, abuelos). En caso afirmativo, mencionar tipo de reacción y grado de parentesco.
- 9) **Lugar de vacunación**  
Marque en el casillero correspondiente el lugar físico donde se produjo la vacunación.
- 10) **Marco de aplicación de la vacuna**  
Marque en el casillero correspondiente, el motivo por el cual debió aplicarse la vacuna.  
**Datos del notificador del ESAVI**  
Es de suma importancia indicar el número de teléfono y/o mail del notificador por si es necesario contactarlo para recabar más datos.