

	CAIA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD GERENCIA MÉDICA		
	ÁREA DE SALUD COLECTIVA SUBÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	TÍTULO DEL LINEAMIENTO: JORNADA DE VACUNACIÓN INFLUENZA ESTACIONAL 2025	

Anexo 2



CAIA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
Area de Salud Colectiva - Vigilancia Epidemiológica
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Ficha de notificación e investigación de ESAVI (eventos supuestamente atribuibles a la Vacunación e Inmunización)

Datos generales del usuario

Región de Salud: Central Sur Área de Salud: Turrialba - Jiménez
 Establecimiento de Salud: Ebais Duchi Botka
 Fecha de notificación: 21/7/25/ Fecha de investigación: 21/7/25/
 Identificación del caso: 306290713 Edad: 9 (a) 7 (m) 20 (d) Sexo: F/
 Dirección: 2Km Norte de la Escuela de Gran de Oro
 Teléfono: 87433172
 Nombre del encargado: Noemy Segura Cespedes Teléfono: 87433172

Antecedentes importantes:

Alergias previas: Sí No Reacción previa a la vacuna: Sí No medicamentos previos a la vacunación: Sí No Cuáles: _____

Datos de la vacuna a la cual se atribuyen las molestias:

Nombre de la vacuna: Influenza hora de la vacunación: 3:50pm
 Fecha de la vacunación: 21/7/25/ Laboratorio productor: CG Biopharma Corp.
 País de fabricación: Costa del Sur Lote: V6042502 Fecha de expiración: 26/02/26/
 Nombre del vacunador: Saira García Aguilar

Datos clínicos presentes:

Nombre de la vacuna: Influenza hora de la vacunación: 3:50pm
 Fecha de inicio de síntomas: 21/7/25/ hora: 4/40pm Dolor local: Fiebre:
 Náuseas: Vómitos: Absceso local: Rash: Cianosis: Artralgia:
 Parálisis: Adenopatías: Convulsiones: Llanto persistente:
 Dificultad respiratoria: Otros: Urticaria.

Manejo del caso:

En observación: Sí No hora: 5:00pm Establecimiento: Ebais Duchi Botka
 Hospitalización: Sí No fecha: hora: Hospital:
 Diagnóstico de ingreso: días de hospitalización:
 Complicaciones: Sí No Cuáles:
 Muerte: Sí No fecha: Diagnóstico de egreso:
 Clasificación final:

CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO

- 1. Por favor notifique en la primera línea el fármaco que considere más sospechoso de haber producido la reacción, o bien coloque un asterisco junto al nombre de los medicamentos sospechosos, si cree que hay más de uno.
- 2. Notifique todos los demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores.
- 3. No deje de notificar por desconocer una parte de la información que le pedimos

NOMBRE DEL PACIENTE Bryanna Arias Segura Cédula 306290713
Sexo Masculino Femenino
Peso (kg) 26.24 Edad 9

MEDICAMENTO (S)* (Genérico y Laboratorio)	Dosis diaria y vía de adm.	Fecha de tratamiento Inicio	Final	Motivo de la prescripción
<u>Influenza</u>	<u>0.5 ml</u>	<u>21/7/25</u>	<u>21/7/25</u>	<u>Campaña de vacunación 2025</u>

* Para las vacunas, indique el N° de lote: 150425006

REACCIONES ADVERSAS	Fecha de tratamiento Inicio	Final	Desenlace: persiste, recuperado con o sin secuelas, mortal. Etc.
<u>Rash cutáneo</u>	<u>21/7/25</u>	<u>21/7/25</u>	<u>Recuperación</u>
<u>Urticaria</u>	<u>21/7/25</u>	<u>21/7/25</u>	

- 1) La reacción mejoró al retirar el medicamento: SI NO
- 2) Reexposición al medicamento: SI NO
- 3) Se presentó de nuevo la reacción (en reexpo): SI NO
- 4) Requirió ingreso hospitalario: SI NO

OBSERVACIONES ADICIONALES:

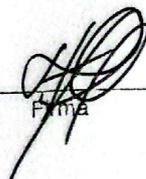
(Emplee hojas adicionales si lo requiere)

NOTIFICADOR:

Nombre Mariangela Núñez Flores
Profesión Médico
Especialidad Médico General
Centro de trabajo Ebais Duché Botke
Teléfono de contacto 89497333
Correo electrónico mnunez.f@ccss.sa.cr

Por favor, marque con una equiz si necesita más tarjetas: _____
Marque con una equiz si necesita más información sobre su notificación _____

21 / 7 / 25
Fecha


Firma



DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA MERIDA



ÁREA DE SALUD COLECTIVA SUBÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	TÍTULO DEL LINEAMIENTO: JORNADA DE VACUNACIÓN INFLUENZA ESTACIONAL 2025	CODIGO: LGM.DDES.SAVE.11032025	VIGENCIA: 2025
---	--	-----------------------------------	----------------

Nombre de los investigadores: Mariane Núñez Flores, Guisselle Fuentes Solís
Correo electrónico: mnunes@css.ssa.gub.mx / gfuentes@css.ssa.gub.mx teléfonos: 994973339 / 99536596
Cargo de los investigadores: Médico General y Superintendente de enfermería
Observaciones: _____

_____ (si tiene algún otro dato de interés lo puede anotar en observaciones).

