

N°

CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO

NOMBRE DEL PACIENTE:

Nancy Francisca Zamora Valeria.

N° de cédula:

703050053

Género:

Femenino



Masculino



Edad:

21 años.

Peso (Kg):

MEDICAMENTO (S)*			Dosis diaria	Vía de adm.	Fecha de tratamiento		Motivo de prescripción
Nombre	Laboratorio	N° de lote			Inicio	Final	
Nemo 13	Pfizer	CE5777	Unidosis	IM	18-7-25		esquema estudiante salud
Tdap	Sandoz	30A500	Unidosis	IM	18-7-25		esquema estudiante salud

TIPO DE NOTIFICACIÓN:

REACCIÓN ADVERSA



FALLA TERAPÉUTICA



Fecha del evento

Inicio

Final

Desenlace: persiste, recuperado con o sin secuelas, mortal, etc

Describe el evento

Usaria consulta por eritema, dolor
y calor local en zona de vacuna-
ción de una semana de dura-
ción.

3) Se presentó de nuevo la reacción (en reexpo):

SI



NO



1) La reacción mejoró al retirar el medicamento:

SI



NO



4) Requerió ingreso hospitalario:

SI



NO



2) Hubo reexposición al medicamento:

SI



NO



OBSERVACIONES ADICIONALES:

Usaria presenta roncha en área de la
lesión que no corresponde con el sitio anatómico
de aplicación de la vacuna.

(Utilice hojas adicionales si lo requiere)

NOTIFICADOR:

Nombre

Maria Fernanda Hernández Rincón

Profesión

Enfermera

Especialidad

Vacunatorio

Lugar de trabajo

Clinica San Pablo

N° de teléfono

2562-5650

Correo electrónico

mahernandez@ccopesiba.cr

Fecha del reporte

23 Julio 2025

Código

11832



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE LA SALUD	
SUBÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	TÍTULO DEL LINEAMIENTO: CAMPAÑA EXTRAORDINARIA DE VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAPERAS- 2018	CÓDIGO: L.GM. DDSS.08022018	VIGENCIA: 2018

Anexo 1



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
Área 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 Norte Área de Salud: San Pablo
 Establecimiento de Salud: Clinica San Pablo, COOPESIBA
 Fecha de notificación: 23/07/25/ Fecha de investigación: 23/07/25/
 Identificación del caso: 703050053 Edad: 21 (a) 7 (m) 0 (d) Sexo: F
 Dirección: Heredia, La Aurora, Residencial Terrafé
casa #131 Teléfono: 8942-8338
 Nombre del encargado: Nancy F. Zamora Valeriano Teléfono: _____

Antecedentes importantes:

Alergias previas: Si ☐ No ☒ Reacción previa a la vacuna: Si ☐ No ☒ medicamentos previos a la vacunación: Si ☐ No ☒ Cuáles: _____

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

Nombre de la vacuna: Neumococo 13 hora de la vacunación: _____
 Fecha de la vacunación: 17/07/25/ Laboratorio productor: Pfizer Europe
 País de fabricación: Belgica Lote: LES777 Fecha de expiración: feb/27/
 Nombre del vacunador: Maria Fernanda Hernandez Ramirez

Datos clínicos presentes:

Nombre de la vacuna: Neumococo 13 hora de la vacunación: _____
 Fecha de inicio de síntomas: 18/07/25/ hora: ___/___/ Dolor local: ☒ Fiebre: ☐
 Náuseas: ☐ Vómitos: ☐ Absceso local: ☐ Rash: ☐ Cianosis: ☐ Artralgia: ☐
 Parálisis: ☐ Adenopatías: ☐ Convulsiones: ☐ Llanto persistente: ☐
 Dificultad respiratoria: ☐ Otros: calor local, eritema en brazo izquierdo

Manejo del caso:

En observación: Sí ☐ No ☒ hora: ___/___/ Establecimiento: _____

Programa Nacional de Inmunizaciones

Ficha de Investigación de Eventos Adversos supuestamente atribuibles a la Vacunación e Inmunización

Fecha de Notificación: 23.7.25 IDENTIFICACIÓN: 703050053 Fecha de investigación: 27.7.25

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos: Nancy F. Zamora Valeria.

Sexo: M () F (X)

Fecha de nacimiento: 23.12.93 Localidad: _____

II. ANTECEDENTES

Sí		No		¿?	
Alergia previa		X			
Alergia familiar		X			
Enfermo antes de la vacu.		X			
Medicamento antes		X			
Medicamento después		X			
Convulsiones					
Reacción a previa vacuna					
Reacción a alguna vacuna					
Qué					
Cuál					

III. DATOS DE LA VACUNACIÓN A LA CUAL SE LE ATRIBUYE LAS MOLESTIAS

Nombre de la Vacuna	Fecha de la Vacunación	Horas de la Vacunación	Dosis Número	Laboratorio	País	Lote	Fecha de Expiración	Nombre del Vacunador
<u>Neumo 13</u>	<u>17.7.25</u>		<u>1</u>	<u>Pfizer</u>	<u>Argina</u>	<u>65777</u>	<u>exp 02.27</u>	<u>Fernando Hernández Ramírez</u>

Otras Vacunas recibidas en las últimas 4 semanas

Nombre de la Vacuna	Fecha de la Vacunación	Dosis Número	Laboratorio	Lote	Fecha de Expiración

IV. DATOS CLÍNICOS PRESENTES

Sí		No		¿?	
Fiebre		X			
Náuseas		X			
Vómitos		X			
Dolor local	X				
Abceso local		X			
Adenopatía		X			
Convulsiones		X			
Exantema		X			
Púrpura-Petequias		X			
Cianosis		X			
Dificultad respiratoria		X			
Tiraje intercostal		X			
Palidez		X			
Muerte		X			
Llanto persistente		X			
Urticaria		X			
Parálisis		X			
Neuralgia		X			
Artralgia		X			
Artritis		X			

Otro: subconjuntival local

V. MANEJO DEL CASO

Sí		No	
Hospitalizado		X	
En Observación		X	
Fallecido		X	

Duración del evento: _____

Diagnóstico del evento: Posible reacción vacunal

Diagnóstico Final: Auxiliar Enfermería

Nombre del Investigador: Fernando Hernández R.

Fecha: 23.07.25

Complicaciones: ☐ Sí ☒ No

Hospital: _____ Diagnóstico de Egreso: _____

Reg.: _____



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE LA SALUD	
SUBÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	TÍTULO DEL LINEAMIENTO: CAMPAÑA EXTRAORDINARIA DE VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN RUBEOLA Y PAPERAS- 2018	CÓDIGO: L.GM. DDSS.08022018	VIGENCIA: 2018

Anexo 1



CAJA 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 Norte Área de Salud: San Pablo
 Establecimiento de Salud: Clinica San Pablo, COOPESBA
 Fecha de notificación: 23/07/25/ Fecha de investigación: 23/07/25/
 Identificación del caso: 703050053 Edad: 21 (a) 7 (m) 0 (d) Sexo: F/
 Dirección: Heredia, La Aurora, Residencial Terrafé, casa #131. Teléfono: 8942-8338
 Nombre del encargado: Nancy F. Zamora Valeria Teléfono: _____

Antecedentes importantes:

Alergias previas: Si ☐ No ☒ Reacción previa a la vacuna: Si ☐ No ☒ medicamentos previos a la vacunación: Si ☐ No ☒ Cuáles: _____

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

Nombre de la vacuna: Tdap hora de la vacunación: _____
 Fecha de la vacunación: 17/07/25/ Laboratorio productor: Sanofi pasteur.
 País de fabricación: Canada Lote: 3CAS001 Fecha de expiración: ___/Sep/27/
 Nombre del vacunador: Maria Fernanda Hernández Ramirez

Datos clínicos presentes:

Nombre de la vacuna: Tdap hora de la vacunación: _____
 Fecha de inicio de síntomas: 18/07/25/ hora: ___/___ Dolor local: ☒ Fiebre: ☐
 Náuseas: ☐ Vómitos: ☐ Absceso local: ☐ Rash: ☐ Cianosis: ☐ Artralgia: ☐
 Parálisis: ☐ Adenopatías: ☐ Convulsiones: ☐ Llanto persistente: ☐
 Dificultad respiratoria: ☐ Otros: Calor local, eritema, en brazo izquierdo.

Manejo del caso:

En observación: Sí ☐ No ☒ hora: ___/___ Establecimiento: _____

Programa Nacional de Inmunizaciones
 Fecha de Notificación: 23.7.25 IDENTIFICACIÓN: 703050053

Ficha de Investigación de Eventos Adversos supuestamente atribuibles a la Vacunación e Inmunización

Fecha de Investigación: 27.7.25

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos: Nancy F. Zamora Valeria

Sexo: M () F (X)

Fecha de nacimiento: 23.12.03 Localidad: _____

II. ANTECEDENTES

Alergia previa		Sí		No		¿?	
Alergia familiar		Sí		No		¿?	
Enfermo antes de la vacu.		Sí		No		¿?	
Medicamento antes		Sí		No		¿?	
Medicamento después		Sí		No		¿?	
Convulsiones		Sí		No		¿?	
Reacción a previa vacuna		Sí		No		¿?	
algunas vacunas		Sí		No		¿?	
Qué		Sí		No		¿?	
Cuál		Sí		No		¿?	

III. DATOS DE LA VACUNACIÓN A LA CUAL SE LE ATRIBUYE LAS MOLESTIAS

Nombre de la Vacuna	Fecha de la Vacunación	Hora de la Vacunación	Dosis Número	Laboratorio	País	Lote	Fecha de Expiración	Nombre del Vacunador
<u>Idap</u>	<u>17.7.25</u>		<u>1</u>	<u>Sandoz P. Canada</u>	<u>304804/Exp: 09.27</u>			<u>Fernando Hernández Ramirez</u>

Otras Vacunas recibidas en las últimas 4 semanas

Nombre de la Vacuna	Fecha de la Vacunación	Dosis Número	Laboratorio	Lote	Fecha de Expiración

IV. DATOS CLINICOS PRESENTES

FECHA INICIO DE SÍNTOMAS: <u>18.7.25</u>		HORA: _____ AM / PM			
Sí	No	¿?	Sí	No	¿?
Fiebre	X		Exantema	X	
Náuseas	X		Púrpura-Petequias	X	
Vómitos	X		Cianosis	X	
Dolor local	X		Dificultad respiratoria	X	
Absceso local			Tiraje intercostal	X	
Adenopatía	X		Palidez	X	
Convulsiones	X		Muerte	X	
Llanto persistente			Otro: <u>eritema cabul local</u>		
Urticaria					
Parálisis					
Neuralgia					
Artralgia					
Artritis					

V. MANEJO DEL CASO

Sí	No	Fecha hospitalización	Hospital	# Reg.
Hospitalizado	X			
En Observación	X	No. días hospitalizado	Diagnóst. de Egreso:	
Fallecido	X	Fecha de defunción	Complicaciones	Sí ☐ No ☒
Duración del evento		Clasificación Final:	Fecha: <u>22.07.25</u>	
Diagnóstico del evento		Cargo: <u>Auxiliar Enfermería</u>		
Diagnóstico Final: <u>Posible reacción local</u>		Nombre del Investigador: <u>Fernando Hernández R</u>		

