

27/08/2025

ÁREA DE SALUD SAN JUAN SAN DIEGO CONCEPCIÓN

ENFERMERIA

Entrevista MARIA ALICIA SANCHO UMAÑA cedula 601490858 de 65 años

Reporte ESAVI

Se llama a la usuaria 3:05pm me indica que el viernes 22 de agosto en el Ebais de San Diego a las 9:30am se coloca vacuna Neumococo 23 Lote: Y011879 MERCK-USA aplicada por funcionaria ARIANA LISBETH FONSECA FALLAS ced: 304580975, refiere fue al Ebais el sábado 23 de agosto, pero no obtuvo cita por lo que se fue a servicio de emergencias Tres Ríos donde le enviaron medicamentos para el dolor y alergia.

Síntomas presentados

Edema en todo el miembro superior izquierdo

Eritema

Puntos negros y rojos

Cefalea

Refiere “dolor en el pulmón como punzadas”

Síntomas hoy indica solo el edema y dolor que continua aun, por lo que se brinda las recomendaciones y vigilar síntomas en caso de que persistan volver a consultar para envió de tratamiento.

ANEXOS

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 María Alicia Saucedo Luna Cédula 60149080
Sexo Masculino Femenino
Peso (kg) 65 Edad 65

MEDICAMENTO (S)* (Générico y Laboratorio)	Dosis diaria y vía de adm.	Fecha de tratamiento		Motivo de la prescripción
		Inicio	Final	
<u>Vacuna Antineumococo 23</u>	<u>VOSE</u>	<u>22/12/25</u>	<u>23/12/25</u>	<u>Vacunación</u>

*Para las vacunas, indique el N° de lote: Merck - USA 4011279

REACCIONES ADVERSAS	Fecha de reacciones		Desentasa, persiste, recuperado con o sin sequelas, mortal, Etc.
	Inicio	Final	
<u>Edema y Entero en Bca 70</u>	<u>22/12/25</u>	<u>23/12/25</u>	<u>Persiste, leve</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) Requerió ingreso hospitalario: Si NO

OBSERVACIONES ADICIONALES:

(Emplee hojas adicionales si lo requiere)

NOTIFICADOR:
Nombre Dyane Tere Ruiz
Profesión Médico
Especialidad Neumología
Centro de trabajo MSU
Teléfono de contacto 85976944
Correo electrónico dyane@ccss.sa.cr

Por favor, marque con una equis si necesita más tarjetas.
Marque con una equis si necesita más información sobre su notificación:
23, 08, 25
Fecha

1324
Firma

Boleta de Notificación Individual de Vigilancia Epidemiológica V.E.01				
N° de cédula o identific.	001490858			
Nombre del paciente	Nancy Nicolsinety Illuana			
Diagnóstico de notific.	Reacción adversa vacuna			
Diagnóstico específico	23/08/25 / Eritroblastosis			
Fecha inicio síntomas	23	08	25	
	día	mes	año	
Fecha de diagnóstico	23	08	25	
	día	mes	año	
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etnia	Lolua
	masculino	femenino		
Fecha de nacimiento	06	03	1960	
	día	mes	año	
Edad cumplida	05	5	17	
	años	meses	días	
Nombre del padre, madre o encargado (solo en caso de < de 18 años)				
Residencia	Catago	Lolua	Catago	Ullas Sotoca
	Provincia	Canton	Distrito	Localidad
Acción exacta	Resolución Ullas Sotoca 019.			
Tel. de casa o celular	86417980			
Lugar de trabajo				
Localización lugar	-	-	-	-
	Provincia	Canton	Distrito	Localidad
Lugar de ocurrencia	-	-	-	-
	Provincia	Canton	Distrito	Localidad
Establec. que informa:	ASU			
Nombre del notificador	Dra. Frey			

13244



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: _____ Área de Salud: ASLU.
 Establecimiento de Salud: ASLU-Urgencias
 Fecha de notificación: 23/08/25 Fecha de investigación: 23/08/25
 Identificación del caso: _____ Edad: 65 (a) 5 (m) 13 (d) Sexo: M.
 Dirección: Cartago, La Urua, San Diego, Villos Sotira,
 Nombre del encargado: _____ Teléfono: 86417980
 Teléfono: 86417980

Antecedentes importantes:

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

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

Nombre de la vacuna: Antineumocócica 23. hora de la vacunación: 10AM
 Fecha de la vacunación: 22/08/25 Laboratorio productor: Merck-USA
 País de fabricación: USA Lote: 4011879 Fecha de expiración: / / ?
 Nombre del vacunador: Desarrollo

Datos clínicos presentes:

Nombre de la vacuna: Antineumocócica 23 hora de la vacunación: 10am
 Fecha de inicio de síntomas: 22/08/25 hora: 7/pm Dolor local: Sí Fiebre: NO
 Náuseas: NO Vómitos: NO Absceso local: NO Rash: NO Cianosis: NO Artralgia: U
 Parálisis: NO Adenopatías: NO Convulsiones: NO Llanto persistente: NO
 Dificultad respiratoria: NO Otros: Edema y Eritema en Brazo completo

Manejo del caso:

En observación: Sí / No hora: / / Establecimiento: _____
 Hospitalización: Sí / No fecha: / / hora: / / Hospital: _____
 Diagnóstico de ingreso: Reacción alérgica días de hospitalización: / /
 Complicaciones: Sí / No / Cuáles: _____
 Muerte: Sí / No fecha: / / Diagnóstico de egreso: _____
 Clasificación final: _____
 Nombre de los investigadores: Dr. Meier
 Correo electrónico: juhera@retamila.com Teléfonos: 86417980
 Cargo de los investigadores: Neurología

Observaciones: Edema + Eritema local en Brazo completo sin compromiso de perfusión.

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



Johanna Herrera Garro

Enfermería a.i.