



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE
ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)

F-FV-c-05
V 02-2021

La presente ficha contiene las preguntas necesarias para llevar a cabo la notificación de un ESAVI.
Debe llenar la información completa del caso durante el primer contacto con el paciente y en el momento de la detección.

| | |
|---|--|
| 1. Número de identificación del caso: | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL VACUNADO/AFECTADO | DATOS DEL NOTIFICADOR |
| 2. Nombre completo: <i>Enderick Yael Ortiz</i> | 10. Nombre Completo: <i>Eduin Leonel Abaya Cifuentes</i> |
| 3. Número de identificación de Personas (DPI): <i>4131 86547 0101</i> | 11. Institución: <i>IGSS, Villa Canales.</i> |
| 4. Dirección completa: <i>Calle 6 Manz F Fase I Villa las Mercedes</i> | 12. Profesión: <i>Médico Pediatra.</i> |
| 5. Teléfono y correo electrónico: <i>44 93 16 86.</i> | 13. Dirección completa: <i>13 calle B id-25 Cord el Fruta III 305.-</i> |
| 6. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | 14. Nivel geográfico subnacional: <i>Villa Nueva.</i> |
| 7. Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa <i>05.11.2023.</i> | 15. Teléfono y correo electrónico: <i>4220 7621.</i> |
| 8. Edad al inicio del evento (use como referencia el primer signo, sintoma o hallazgo anormal de laboratorio identificado): (año/mes/días) <i>1a 8m 10 días.</i> | 16. Fecha de consulta: dd/mm/aaaa <i>29.07.2023</i> |
| 9. Grupo étnico <input type="checkbox"/> MAYA <input type="checkbox"/> GARIFUNA <input type="checkbox"/> XINCA <input checked="" type="checkbox"/> LADINO | 17. Fecha actual: dd/mm/aaaa <i>29.07.2023.</i> |

| | |
|---|---|
| Antecedentes del vacunado | |
| 18. Antecedentes Médicos (Historia médica previa y otra información relevante como la ocurrencia de otros casos y otros datos epidemiológicos): <i>Madre indica que el 15/07/2023 niño recibió vacuna (DPI) en región de Muzo 120. y desde ese día niño ha presentado dolor, cansón con fiebre por 5 días. Ve morado y edematizado área de vacunación.</i> | |
| 19. ¿Tiene historia de reacciones alérgicas a otras vacunas? | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE |
| 20. ¿Tiene historia de reacciones alérgicas a medicamentos? | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE |
| 21. ¿Tiene antecedente de diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 antes de la vacunación? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NO SABE → pase a pregunta 26 |
| 22. ¿Asintomática? <input type="checkbox"/> SI → pase a pregunta 24 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE | 23. Fecha de inicio de síntomas: dd/mm/aaaa |
| 24. ¿Cómo se confirmó el diagnóstico de la infección? <input type="checkbox"/> Solo por las manifestaciones clínicas <input type="checkbox"/> Por inmunoensayos <input type="checkbox"/> Por pruebas moleculares <input type="checkbox"/> Otro Explique: | |
| 25. Fecha de toma de la muestra para la prueba confirmatoria: dd/mm/aaaa | |
| 26. Solo para ESAVI con vacunas contra SARS-CoV-2. ¿El vacunado está participando en un ensayo clínico de vacunas contra SARS-CoV-2?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

Antecedentes Farmacológicos (Indique todos los medicamentos que estuviera tomando en el momento de la vacunación)

| Medicamento | Presentación | Dosis | Vía de Administración | Fecha de Inicio (dd/mm/aaaa) |
|-----------------|--------------|-----------|-----------------------|------------------------------|
| Acido Valproico | Susp | 3ml | Oral | 17-01-2024 |
| Upramato | Tableta | 25mg cada | Oral | 15-07-2025 |
| | | | | |
| | | | | |

Si es mujer en edad reproductiva:
 27. ¿Se encontraba en embarazo en el momento del inicio del ESAVI?:
 Si, semanas de gestación: No Se desconoce. Fecha probable de parto: dd/mm/aaaa

28. ¿Alguna complicación del embarazo, parto, puerperio, neonatal o anomalía congénita? Si No
 Diagnóstico de la complicación:
 Describa la complicación:

29. Una vez se identificó que había sido vacunada en el embarazo ¿se inició monitoreo por un establecimiento de salud?
 Si No No sabe

30. Institución de salud en donde se vacunó: ICASS Villa Canales
 31. Dirección del lugar de vacunación: 01 calle B 2-39. col. Santa Sofía 202. Villa Canales

| Vacunas (administradas inmediatamente antes del ESAVI) | | | | | | | Diluyente (si aplica) | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------|----------------------------|-------|----------------|----------------------|-----------------------|----------------|----------------------|-------------------------|------------------------|
| Nombre genérico de la vacuna | Nombre comercial / Fabricante | Fecha de vacunación | Hora de vacunación (am/pm) | Dosis | Número de lote | Fecha de vencimiento | Nombre | Número de lote | Fecha de vencimiento | Fecha de reconstitución | Hora de reconstitución |
| DPT | | 15-7-25 | AM | 05 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

32. ¿Se administró otra vacuna en los 30 días anteriores al inicio del ESAVI? Si No No sabe
 ¿Cuál?

33. ¿Cómo se verificó la información de vacunación? Carnet/Registro físico Carnet/Registro electrónico
 Declaración verbal Historia clínica corroborada con carnet No se sabe Otro ¿Cuál?

34. Datos del ESAVI. Seleccione los eventos que sean relevantes para el caso presentado.

| ESAVI | | Fecha de inicio | Hora. | Código MedDRA/CIE |
|---|-------------------------------------|-----------------|-------|-------------------|
| Fiebre ≥38°C | <input checked="" type="checkbox"/> | 15-7-2025 | AM | |
| Dolor en el sitio de la inyección | <input checked="" type="checkbox"/> | 15-7-2025 | | |
| Eritema en el sitio de la inyección | <input type="checkbox"/> | | | |
| Inflamación en el sitio de la inyección | <input checked="" type="checkbox"/> | 17-7-2025 | | |
| Cefalea | <input type="checkbox"/> | | | |
| Convulsiones febriles | <input type="checkbox"/> | | | |
| Absceso | <input type="checkbox"/> | | | |
| Linfadenitis | <input type="checkbox"/> | | | |
| Encefalopatía | <input type="checkbox"/> | | | |
| Encefalitis | <input type="checkbox"/> | | | |
| Trombocitopenia | <input type="checkbox"/> | | | |
| Anafilaxis | <input type="checkbox"/> | | | |
| Síndrome de shock tóxico | <input type="checkbox"/> | | | |
| Sepsis | <input type="checkbox"/> | | | |
| Otro | <input checked="" type="checkbox"/> | Dolor y eritemo | | |

| | | | | |
|--|--------------------------|--|---|--|
| Otro | <input type="checkbox"/> | | | |
| Otro | <input type="checkbox"/> | | | |
| <p>35. Descripción del ESAVI (Escriba la historia de síntomas y signos del evento, tal como lo describe el paciente, incluya también resultados de pruebas de laboratorio y de imágenes relevantes realizadas):</p> <p>Madre indica que luego de recibir vacuna a los 3 días noto que se le inflamó área de vacunación, desde el día de vacuna presento fiebre la cual duró 5 días. Luego solo dolor y edema en área de vacuna. Observo que edema incremento a todo el muslo y por no ver mejoría consulta el día de hoy no ha tenido fiebre por 9 días.</p> | | | | |
| <p>36. ESAVI Grave:</p> <p><input type="checkbox"/> Si → <input type="checkbox"/> Muerte, <input type="checkbox"/> Amenaza la vida, <input type="checkbox"/> Discapacidad significativa o persistente, <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización, <input type="checkbox"/> Anomalia congénita <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Muerte fetal <input type="checkbox"/> Otro evento médico importante. Especifique:</p> <p>Se trasladada a HGE, emergencia para estudios y determinar conducta.</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> | | | | |
| <p>37. Desenlace del ESAVI:</p> <p><input type="checkbox"/> En remisión/recuperación <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p><input type="checkbox"/> Muerte. Fecha de la muerte: dd/mm/aaaa Se realizó autopsia: <input type="checkbox"/> Si (adjuntar informe de autopsia) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p><input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> En recuperación <input type="checkbox"/> Recuperado completamente <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela <input type="checkbox"/> Desconocido</p> | | | | |
| <p>A completar por el nivel responsable de lleva a cabo la investigación:</p> | | | | |
| <p>38. ¿Se requiere investigación?: <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si → Tipo de investigación a realizar:</p> <p><input type="checkbox"/> Concisa</p> <p><input type="checkbox"/> Completa</p> | | | <p>39. Fecha planeada de la investigación o en la que se inició la investigación:</p> <p>dd/mm/aaaa</p> | |

Edwin L. Ortega
 Pediatra
 Tel. 10785

