



MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - CLÍNICAS PRIVADAS
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. DPTO. V.F.P.R.S.E
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES



INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DESPUÉS DE LAS INMUNIZACIONES

1.- NOMBRE DEL PACIENTE Ballesteros Vega Luz Benilda No. del Caso # 5
FECHA DE NAC. 17 12 59
2.- EDAD AÑOS 6 MESES 5 3.- SEXO A-MASCULINO F B-FEMENINO F
4.- ASEGURADO SI SI No. SS 6-705-325M NO NO No. CÉDULA O EXPEDIENTE 7-91-1506
5.- DIRECCIÓN San Agustín Caratú Via El Bongo TELÉFONO 6584 8570
6.- NOMBRE DE LA MADRE O RESPONSABLE Catherine Neumann
7.- REGIÓN DE SALUD San José 8. INSTALACIÓN DE SALUD QUE REPORTA Salud San Juan de Dios
9.- INSTALACIÓN QUE APLICÓ LA VACUNA Salud San Juan de Dios
10.- TIPO DE VACUNA APLICADA No. LOTE(S) Y 018637 LABORATORIO(S) PRODUCTOR(ES) Y MSD PAÍS(ES) USA
A. Humectar 23
B. Y 018637
C. MSD
D. USA

11.- TIPO(S) DE VACUNA(S) APLICADA(S), FECHA DE EXPIRACIÓN Y NÚMERO DE ÚLTIMA(S) DOSIS APLICADA(S)
TIPO DE VACUNA APLICADA FECHA EXPIRACIÓN No. DE LA(S) ÚLTIMA DOSIS APLICADA(S)
A. 13-6-24 1a. 1 2a. 1 3a. 1 1er.R. 1 2do.R. 1
B. 13-6-24 1a. 1 2a. 1 3a. 1 1er.R. 1 2do.R. 1
C. 13-6-24 1a. 1 2a. 1 3a. 1 1er.R. 1 2do.R. 1
D. 13-6-24 1a. 1 2a. 1 3a. 1 1er.R. 1 2do.R. 1

12.- FECHA DE APLICACIÓN DE LA DOSIS 07 08 25 13 TEMPERATURA POST-VACUNAL C
DIA MES AÑO

13.- FECHA DE ATENCIÓN 09 08 25 14.- TIPO DE REACCIONES 15.- FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS 08 10 25
DIA MES AÑO

EVENTOS SEVEROS	SI	NO	EVENTOS SEVEROS	SI	NO	EVENTOS LEVES	SI	NO
1. LINFADENITIS SUPURATIVA		X	11. ABSCESO ESTÉRIL		X	16. REACCIÓN LOCAL*	X	
2. ADENITIS POST BCG		X	12. TROMBOCITOPENIA		X	17. IRRITABILIDAD	X	
3. OSTEITIS POR BCG		X	13. LLANTO PERSIS. > 3HRS		X	18. FIEBRE < 40 °C		X
4. REACCIÓN ALERGICA	X		14. LIPOTIMIA O FLACIDEZ		X	19. EXANTEMA		X
5. REACCIÓN ANAFILÁCTICA		X	15. EPISODIO DE HIPOTONIA		X	ERRORES OPERATIVOS	SI	NO
6. CONVULSIÓN		X	E HIPORREACTIVIDAD		X	20. ABSCESO		X
7. FIEBRE > 40 °C	X		16. NEUMONIA		X	21. SEPSIS/SHOCK SEPTICO		X
8. PARÁLISIS		X	17. INVAGINACIÓN		X	22. DAÑO NERVO CIÁTICO		X
9. NEURITIS PLEXO BRAQUIAL		X	OTROS (ESPECIFIQUE)					
10. ENCEFALITIS/ENCEFALOPATÍA		X						

*Reacción local en el área de inmunización: dolor, tumefacción, enrojecimiento

16.- ANTECEDENTES PREVIOS DE REACCIÓN ALÉRGICA A LAS VACUNAS O ANTIBIÓTICOS O CUALQUIERA QTRA SUSTANCIA
U OTROS (especifique) NO

17.- LUGAR DE APLICACIÓN DE LA VACUNA MSI 18 Vía de aplicación I.M.
19.- QUÉ TIEMPO DESPUÉS DE RECIBIR LA VACUNA PRESENTÓ LA REACCIÓN. Especifique la hora
MENOS DE 1 HORA 1 A 12 HORAS 1 >12 A 24 HORAS 1 MÁS DE 24 HORAS 1
20.- SECUELAS POST-VACUNALES (especifique) NO

21.- MUERTE POST-VACUNAL SI NO NO SI FECHA DE LA MUERTE 08 10 25
22.- RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA SI NO NO SI 20.- HOSPITALIZACIÓN SI NO NO SI
23.- NOMBRE DEL HOSPITAL Región de Salud
24.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL PACIENTE HTA

25.- RECIBIÓ MEDICAMENTOS POST-VACUNALES SI NO NO SI CUALES? ESPECIFIQUE LA DOSIS NO

26.- DIAGNÓSTICO Reacción Alérgica a Vacuna
27.- NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE APLICÓ LAS VACUNAS (LETRA IMPRENTA) M. La O. Thomas
28.- NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE EVALUÓ LA REACCIÓN (LETRA IMPRENTA) Imp. CASESO

REG. 10381