

RECIBIDO



570457

Por:

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

No. del Caso

1.- NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NAC.

DÍA MES AÑO

2.- EDAD AÑOS MESES

3.- SEXO A-MASCULINO B-FEMENINO

4.- ASEGURADO SI NO

No. SS

E-8-161639

NO

No. CÉDULA O EXPEDIENTE

E-8-161639

5.- DIRECCIÓN

6.- NOMBRE DE LA MADRE O RESPONSABLE

7.- REGIÓN DE SALUD

9.- INSTALACIÓN QUE APLICÓ LA VACUNA

10.- TIPO DE VACUNA APLICADA

No. LOTE(S)

LABORATORIO(S) PRODUCTOR(ES) Y

PAÍS(ES)

A Nueva 23

Y018637

MSD

Estados Unidos

B

C

D

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
B
C
D

1a.
1a.
1a.
1a.

2a.
2a.
2a.
2a.

3a.
3a.
3a.
3a.

1er.R
1er.R
1er.R
1er.R

2do.R
2do.R
2do.R
2do.R

12.- FECHA DE APLICACIÓN DE LA DOSIS

DÍA MES AÑO

13 TEMPERATURA POST-VACUNAL

C

13.- FECHA DE ATENCIÓN

DÍA MES AÑO

14.- TIPO DE REACCIONES

15.- FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS

DÍA MES AÑO

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

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

16.- ANTECEDENTES PREVIOS DE REACCIÓN ALÉRGICA A LAS VACUNAS O ANTIBIÓTICOS O CUALQUIERA OTRA SUSTANCIA U OTROS (especifique)

17.- LUGAR DE APLICACIÓN DE LA VACUNA

18.- QUÉ TIEMPO DESPUÉS DE RECIBIR LA VACUNA PRESENTÓ LA REACCIÓN. Especifique la hora

MENOS DE 1 HORA

> 12 A 24 HORAS

20.- SECUELAS POST-VACUNALES (especifique)

21.- MUERTE POST-VACUNAL

SI

NO

FECHA DE LA MUERTE

20 HOSPITALIZACIÓN

22.- RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA

SI

NO

23.- NOMBRE DEL HOSPITAL

24.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL PACIENTE

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

Pausa temporal

26.- DIAGNÓSTICO

27.- NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE APLICÓ LAS VACUNAS (LETRA IMPRENTA)

28.- NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE EVALUÓ LA REACCIÓN (LETRA IMPRENTA)

Dr. Manuel Ferrer Valdes
C.O. 8670 - REG. 5955
Medico General

ROBERTA ROYER

IDC: 1493900