



I. REPORTE DEL EVENTO

Título del reporte: _____

Forma de detección del caso: Consulta Búsqueda activa Rumor Noticia Comentario
 Reporte Estudio Otro Búsqueda pasiva

Tipo de evento: ESAVI Ineficacia de vacuna Error programático Vacuna falsificada/fraudulenta

Evento serio: Si No

Razón de seriedad: Hospitalizado/prolongadamente Amenaza de vida Anomalías congénitas
 Discapacidad Muerto Otra condición médica importante

II. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

Nombre del notificador: Juan José Larín Orozco Profesión: Médico
 Teléfono: 76429388 correo electrónico: juanjolarin@hotmail.com
 Clasificación del notificador: Referente de farmacovigilancia Médico consultante Farmacéutico Otro
 Unidad Efectora: _____
 Nombre del establecimiento/institución: uxx 15 Septiembre

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

El Salvador / Maria Inés / S.S / S.S / S.S
 País de Residencia / Nombres / Departamento / Municipio

Au Republica Federal de Alemania / Com El Prado #3 Fleppal casa 68-B
 Dirección Completa / Si es menor de edad, nombre de la persona responsable

Teléfono: 75232107 Sexo: Masculino Femenino Edad _____ Años _____ Mes _____ Días _____
 Fecha de Nacimiento: 22/03/1969 Peso: _____ (libras o kilos) Col. Escalón

Embarazada: Si No ; edad gestacional (semanas): _____
 Condiciones médicas relevantes del embarazo: _____

IV. HISTORIA CLÍNICA

Fecha de Consulta / Detección del Evento: 08/05/25 Fecha de Ingreso: ____/____/____
 Reacción(es) o evento(s) presentado(s): Reacción Alérgica
 Fecha de inicio del evento o ESAVI: 06/05/2025 Hora de Inicio del evento o ESAVI: _____
 Condición actual del paciente: Recuperado/resuelto sin secuelas Recuperado/resuelto con secuelas Cual?: _____
 _____, En proceso de recuperación o resolviéndose No recuperado/no resuelto Fallecido Desconocido
 Diagnóstico clínico: _____ No. Expediente: _____
 Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido: Pte con reacción inflamatoria + eritema en area interna de brazo izquierdo de diametro aproximado 8 cms Dolor del Hombro, fiebre, cepalia
 Acción tomada ante la reacción o el evento: Tratamiento terapéutico Seguimiento médico/observación del paciente
 Descripción de la acción tomada: Clorfeniramina 4mg 1 x 3 + Prednisona 5mg 2 tab vo al 12hrs x 30 dias
 Fecha de resolución de la reacción o evento: ____/____/____

V. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

Enfermedades de base preexistentes al momento de presentarse el ESAVI, reacción o evento:
 Desnutrición Severa Diabetes Epilepsia Obesidad mórbida HTA TB VIH-SIDA EPOC
 IRC Malformación Congénita Hepatopatías Cardiopatía Alergia Otro: Esteatosis Hepática / Fibrosis
 Enfermedad autoinmune, ¿Cuál?: _____
 Medicación concomitante, tratamiento con esteroides sistémicos > 10 días o con otros inmunosupresores: ¿Cuáles? _____
Propranolol 40mg vo al dia

Historia de ESAVI o eventos previos a dosis anteriores de vacunas aplicadas: No Si ¿Qué tipo de reacción y cuál vacuna?:

Antecedentes familiares de reacciones adversas a vacunas en hermanos, padres, abuelos: No Si ¿Qué tipo de reacción y cual vacuna? _____

VI. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE U OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS

Fecha de realización	Tipo de muestra	Examen o prueba realizado	Resultados

Autopsia, resultado: _____

Fecha de Egreso/ Alta: ____/____/____ Fecha de muerte/defunción: ____/____/____

VII. VACUNAS CONCOMITANTES APLICADAS

Nombre de vacuna	No de Lote	Vía de administración	Sitio anatómico de administración	Dosis	Fecha de Vencimiento	T° de conservación	Laboratorio fabricante
1 Neumococo 23V	Y012470	IM	Brazo izquierdo I3 quierdo	1 frasco	03-2026	+2+8	
2 Influenza	V50525007	IM	Brazo derecho derecho	0.5 cc	02-2026	+2+8	GC Biopharma

VIII. INFORMACIÓN DE LA VACUNA SOSPECHOSA RELACIONADA AL ESAVI O EVENTO

Número de registro sanitario de la vacuna: _____, Nombre comercial: _____

Número de dosis: 1ra 2da 3ra 4ta 5ta 1er refuerzo 2do refuerzo

Sitio anatómico de administración: Brazo izquierdo Brazo derecho Brazo no especificado Muslo derecho
Muslo izquierdo Muslo no especificado Oral Otro

Dosis de vacuna: 1 fresco, Temperatura de conservación: +2+8

Lugar donde fue vacunado: Domicilio de paciente

Marco de aplicación de la vacuna: Cumplimiento del Esquema de Vacunación Durante campaña viajero Otros
Indicación Médica ¿Cuál Indicación médica?: _____

Vía de administración: intramuscular, Fecha de vacunación: 06/05/25 Hora de vacunación: 9:30 AM

Tiempo transcurrido entre vacunación y apareamiento del ESAVI: Meses ____ Días ____ Hrs 3 Minutos ____

Comentarios adicionales: _____

Laboratorio fabricante: _____, Número de lote: _____, Fecha de caducidad: ____/____/____

Recurso vacunador: Enfermera Técnicos de enfermería Tecnólogo materno infantil Promotor de salud
Médico Otros. Especificar: _____

¿Se resguardo el frasco del biológico involucrado o un frasco del mismo lote? Sí No

IX. CLASIFICACIÓN FINAL DEL ESAVI

Evento relacionado con la vacuna Evento coincidente con la vacuna Evento no concluyente

Reacción relacionada a ansiedad por la inmunización Error programático

Diagnóstico clínico final: Z 889; Alergia a drogas, medicamentos, sustancias biológicas no especificada


Dr. Juan José Larín Orozco
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 20500
Firma y Sello del notificador

* Paciente sin cartilla de vacunación; por lo que se desvacuna.