

	FARMACOVIGILANCIA	Código FV-01-CNFV.HER04
	RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN	Versión No. 05
	FORMULARIO DE NOTIFICACION DE ESAVI	Página 2 de 4

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	Tº de conservación	Laboratorio fabricante
Vacuna antitetánica inactivada	1484T129	IM	Musculo deltoides derecho	1ml	10.2027	+3 °C	Serum Institute of India Pvt. Ltd
SUYA-HB Human Rabies Immunoglobulin	202407029R	IM	Gluteo derecho	2ml	04.07.2026	+3 °C	Sichuan Yuanda Shuyang Pharmaceutical Co., Ltd.

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

Número de registro sanitario de la vacuna: Nombre comercial (*): **RABIVAX-S**

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 (ml): **1ml** Temperatura de conservación de la vacuna (frigorífico): **+3 °C**

Lugar donde fue vacunado: Hospital ☐ Unidad de Salud ☒ Clínica Privada ☐ Puesto de vacunación ☐ Domicilio ☐

Nombre y dirección del establecimiento: **Unidad Médica de Soyapango / colonia prados de venecia**

Marco de aplicación de la vacuna: Cumplimiento del Esquema de Vacunación ☐ Durante campaña ☐ Viajero ☐ Otros ☐
Indicación Médica ☒ ¿Cuál Indicación médica? **Por mordedura de perro**

Vía de administración: Oral ☐ Intradérmica ☐ Subcutánea ☐ Intramuscular ☒ Otro ☐

Fecha de vacunación: **31 / mayo / 2025** Hora de vacunación: **19:23 hrs**

Tiempo transcurrido entre vacunación y apareamiento del ESAVI: Meses **-** Días **-** Hrs **14** Minutos **-**

Comentarios adicionales:

Laboratorio fabricante: **Serum Institute of India Pvt. Ltd** Número de lote (*): **1484T129** Fecha de caducidad: **10 / 10 / 2027**

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? Si ☒ No ☐

Total de vacunas aplicadas del frasco en mención: **1 dosis por frasco** Total de vacunas aplicadas por establecimiento: **53 vacunas**

IX. CLASIFICACIÓN FINAL DEL ESAVI

CN FV CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA MINISTERIO DE SALUD - EL SALVADOR	FARMACOVIGILANCIA	Código FV-01-CNFV.HER04
	RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN	Versión No. 05
	FORMULARIO DE NOTIFICACION DE ESAVI	Página 1 de 4

I. REPORTE DEL EVENTO

Título del reporte (*):		No. reporte:	
Forma de detección del caso:	Espontánea ☒ Búsqueda activa ☐ Rumor ☐ Noticia ☐ Comentario ☐ Reporte estudio ☐ Otro ☐		
Tipo de evento:	ESAVI ☒ Ineficacia de vacuna ☐ Error programático ☐ Vacuna falsificada/fraudulenta ☐ Uso off-label ☐ Exposición ☐		
Evento grave (serio):	Si ☐ No ☒		
Razón de gravedad:	Hospitalizado/prolongadamente ☐ Amenaza de vida ☐ Anomalías congénitas/muerte fetal ☐ Aborto ☐ Discapacidad ☐ Muerte ☐ Otra condición médica importante ☐		

II. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

Nombre del notificador:	Dra. Lourdes Yaciel Mejía Mendoza		Profesión:
Teléfono (*):	7180-6947	Correo electrónico (*):	mlourdesyaciel@gmail.com
Clasificación del notificador:	Referente de farmacovigilancia ☐ Médico consultante ☒ Farmacéutico ☐ Otro ☐		
Unidad Efectora (institución):	Unidad médica de Soyapango Seguro Social.		
Nombre del establecimiento:	Unidad médica de Soyapango		

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Iniciales	KSRM	(*) Nombres	Kelly Sofia Regalado	(*) Apellidos	Maldonado
País de Residencia	El Salvador	Departamento	San Salvador	Municipio	Soyapango
Dirección Completa:	Colonia El Pipeto, Pje 10, pol. R Cora #1.				
Si es menor de edad, nombre de la persona responsable:	Sra. Vanesa Maldonado Le Regalado				
Teléfono:	2290-3899	Sexo (*):	Masculino ☐ Femenino ☒	Edad (*)	3 Años 7 Meses
Fecha de Nacimiento:	05 / octubre / 2021	Peso:	14	(libras o kilos)	Talla: (centímetros)
Embarazada:	Si ☐ No ☒	edad gestacional (semanas):		Lactando:	Si ☐ No ☒ exclusiva ☐
Condiciones médicas relevantes del embarazo:					

IV. HISTORIA CLÍNICA

Fecha de Consulta / Detección del Evento:	04 / junio / 2025	Fecha de Ingreso:	/ /
Reacción(es) o evento(s) presentado(s) (*):	urticaria generalizada		
Fecha de inicio del evento o ESAVI:	01 / 06 / 2025	Hora de inicio del evento o ESAVI:	10:00 Am.
Condición actual del paciente:	Recuperado/resuelto ☐ Recuperado/resuelto con secuelas ☐ Cual?: En proceso de recuperación o resolviéndose ☐ No recuperado/no resuelto ☒ Fallecido ☐ Desconocido ☐		
Diagnóstico clínico:	Reacción Alérgica a medicamentos		
Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido:	910 rubeola.		
Día 31/05/2025: suple mordedura de perro de su casa, angustia, se sienta leudo, se leja. Amortiguado por el médico y Act. Al día 14/06/2025: erupción en manos y pies, angustia. Se leja Act. Amort. pero se angustia la cr. por lo que envía a la casa y a la casa ATB.			
Acción tomada ante la reacción o el evento:	Tratamiento terapéutico ☐ Seguimiento médico/observación del paciente ☒		
Descripción de la acción tomada:	Se suspende Antibióticos y todos los medicamentos ATB. Tratamiento con Anti-alérgico y estirar v.o. Suspensión de dosis de vacuna pendiente.		
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:	No
---	----