

**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: Tania Alejandra Hernández Profesión: Médico.  
 Teléfono: 7118-8020 correo electrónico: talke0605@gmail.com

Clasificación del notificador: Referente de farmacovigilancia  Médico consultante  Farmacéutico  Otro

Unidad Efectora: \_\_\_\_\_

Nombre del establecimiento/institución: HRSA.

**III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Secundino Manuel Bazan Jimenez  
 Iniciales Nombres Apellidos

El Salvador Santa Ana Santa Ana  
 País de Residencia Departamento Municipio

Ciudad Real, Residencial Valladolid  
 Dirección Completa

Teléfono: 7389-0525 Sexo: Masculino  Femenino  Edad 67 Años Mes \_\_\_\_\_ Días

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ (libras o kilos)

Embarazada: Si  No  ; edad gestacional (semanas): \_\_\_\_\_

Condiciones médicas relevantes del embarazo: \_\_\_\_\_

**IV. HISTORIA CLÍNICA**

Fecha de Consulta / Detección del Evento: 25 / 06 / 25 Fecha de Ingreso: 24 / 06 / 25

Reacción(es) o evento(s) presentado(s): desorientación, alteración neurológica.

Fecha de inicio del evento o ESAVI: 20 / 06 / 25 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: Encefalitis viral No. Expediente: 476 570 220.

Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido: 1 día posterior a vacuna influenza, cefalea, debilidad, lipopenia, consulto en privado hipotenso necesario uso de laminas, durante inyección inicio con alteración neurológica, agitación y desorientación

Acción tomada ante la reacción o el evento: Tratamiento terapéutico  Seguimiento médico/observación del paciente

Descripción de la acción tomada: esteroides ev, antibiótico, antivirales.

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: hipotiroidismo, trastorno de ansiedad



CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA  
MINISTERIO DE SALUD - EL SALVADOR

FARMACOVIGILANCIA

RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN

FORMULARIO DE NOTIFICACION DE ESAVI

Código  
FV-01-CNFV.HER04

Versión No. 03

Página 2 de 5

Enfermedad-autoinmune, ¿Cuál?: Ninguna

Medicación concomitante, tratamiento con esteroides sistémicos > 10 días o con otros inmunosupresores: ¿Cuáles? amlodipina 5 mo 1x1, teicoplanin 5 mo 1x1, levofloxacina 500 mg 1x1, amitriptilina, clonazepam

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
22/06/25	liq. cefalor Imagen	Punción lumbar TAC Cerebral	gluc 33, Prot 68, Leu 3, normal
25/06/25	Sangre	Química Hemograma	VES 18, PER 2, TGO 117, TGP 143, BT 0.91, GB 8130, N 49%

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

**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: \_\_\_\_\_, Temperatura de conservación: \_\_\_\_\_

Lugar donde fue vacunado: \_\_\_\_\_

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

Vía de administración: \_\_\_\_\_, Fecha de vacunación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de vacunación: \_\_\_\_\_

Tiempo transcurrido entre vacunación y apareamiento del ESAVI: Meses \_\_\_\_ Días \_\_\_\_ Hrs \_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_