

ESAVI

CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA	RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN	Formulario No. 03 Página 1 de 4
	FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ESAVI	

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: Jimmy Johalmo Giraldo Lopez Profesión: pediatra
 Teléfono: 31376923 correo electrónico: jjgiraldo-31376923@gmail.com
 Clasificación del notificador: Referente de farmacovigilancia ☐ Médico consultante ☒ Farmacéutico ☐ Otro ☐
 Unidad Efectora: _____
 Nombre del establecimiento/institución: ISSS Itusp Regional Santa Ana

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Liam Antonio Apellidos: Castillo Lopez
 Iniciales: AS Nombres: Santa Ana Apellidos: Santa Ana
 País de Residencia: _____ Departamento: _____ Municipio: _____
 Dirección Completa: Cal. Santa María 2, con el portero, avarie Just Lopez en la...
 Teléfono: 6855 5255 Sexo: Masculino ☒ Femenino ☐ Edad: Años 2 Mes _____ Día _____
 Fecha de Nacimiento: 2, 6, 25 Peso: 3.8 kg (libras o kilos)
 Embarazada: Si ☐ No ☒ edad gestacional (semanas): _____
 Condiciones médicas relevantes del embarazo: _____

IV. HISTORIA CLÍNICA

Fecha de Consulta / Detección del Evento: 8, 8, 25 Fecha de Ingreso: 8, 8, 25
 Reacción(es) o evento(s) presentado(s): fiebre y convulsión febril
 Fecha de inicio del evento o ESAVI: 8, 8, 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: Convulsión febril simple No. Expediente: 117981513
 Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido: Hoy Liam tiene fiebre y tiene 20 minutos de convulsiones, tiene fiebre y tiene 20 minutos de convulsiones, tiene fiebre y tiene 20 minutos de convulsiones...
 Acción tomada ante la reacción o el evento: Tratamiento terapéutico ☐ Seguimiento médico/observación del paciente ☒
 Descripción de la acción tomada: Ingreso para atención, 6 puntos EV.
 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 ☐ Cardiopatías ☐ Alergia ☐ Otro: _____
 Enfermedad autoinmune, ¿Cuál?: _____
 Medicación concomitante, tratamiento con esteroides sistémicos > 10 días o con otros inmunosupresores: ¿Cuáles?: _____

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	Sito anatómico de administración	Dosis	Fecha de Vencimiento	T° de conservación	Laboratorio fabricante
Desaravente		IM	Mus. D.				
Desaravente / IV		IM	Mus. D.				
Rotarun		V.O.					

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 ☐

Sito 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: _____

Momento 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 resguardó el frasco del biológico involucrado o un frasco del mismo lote? Si ☐ 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: _____

Firma y Sello del notificador

Dr. Jimmy Johalmo Guirola López
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 14136