



### FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ESAVI

I. REPORTE DEL EVENTO			
Título del reporte (*): <u>ESAVI Hepatitis B</u>		N°reporte:	
Forma de detección del caso:	Espontanea <input checked="" type="checkbox"/>	Búsqueda activa <input type="checkbox"/>	Rumor <input type="checkbox"/> Noticia <input type="checkbox"/> Comentario <input type="checkbox"/>
	Reporte Estudio <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Especifique:
Tipo de evento:	ESAVI <input checked="" type="checkbox"/>	Ineficacia de vacuna <input type="checkbox"/>	Error Programático <input type="checkbox"/> Vacuna falsificada/fraudulenta <input type="checkbox"/>
	Uso Off-label <input type="checkbox"/>	Exposición <input type="checkbox"/>	Falla de vacuna <input type="checkbox"/>
Evento grave (serio):	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Razón de Gravedad:	Hospitalizado/prolongadamente <input type="checkbox"/>	Amenaza de vida <input type="checkbox"/>	Anomalías congénitas/ muerte fetal <input type="checkbox"/>
	Aborto <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/>	Muerte <input type="checkbox"/>	
	Otra condición médica importante:		

II. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR			
Nombre del notificador:	<u>Debora Abigail Rosales García</u>		Profesión: <u>Licda. enfermería</u>
Especialidad Médica:			
Teléfono (*):	<u>7710-5246</u>	Correo electrónico:	<u>debora-rosales1@hotmail.com</u>
Clasificación del notificador:	Referente de Farmacovigilancia <input type="checkbox"/>	Medico consultante <input type="checkbox"/>	Farmacéutico <input type="checkbox"/> Otro: _____
Unidad efectora (institución):	<u>ISSS</u>		
Nombre del establecimiento:	<u>Hospital Materno infantil 1° de mayo</u>		

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
<u>L.N.M.C.</u>	<u>Leslie Natali</u>	<u>Mejia de Cañas</u>	
Iniciales	Nombres (*)	Apellidos (*)	
<u>El Salvador</u>	<u>Santa Ana</u>	<u>Santa Ana Este</u>	<u>El Congo</u>
País de residencia	Departamento	Municipio	Distrito
<u>Col. El Alamo, Final calle 15 de septiembre, pje 12</u>			
Dirección completa			
Si es menor de edad, nombre de la persona responsable			
Teléfono (*): <u>72719910</u>	Sexo (*): Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	Edad (*): <u>38</u> Años: _____ Mes: _____ Dias: _____	
Fecha de nacimiento: <u>Día Mes Año</u>	Peso (kilos): <u>40.5 kg</u>	Talla (cm): <u>169</u>	
Embarazada: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Edad gestacional (semanas): _____	Lactando: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Exclusiva <input type="checkbox"/>	
Condiciones médicas relevantes del embarazo:			

IV. HISTORIA CLINICA			
Fecha de consulta detección del Evento:	<u>25</u> <u>08</u> <u>2025</u>	Fecha de ingreso:	<u>    </u> <u>    </u> <u>    </u>
Reacción(es) o evento(s) presentado(s) (*):	<u>Nauseas, Vómitos y cefalea.</u>		
Fecha de inicio del evento ESAVI:	<u>25</u> <u>08</u> <u>2025</u>	Hora de inicio del evento o ESAVI:	<u>01:00pm.</u>
Condición actual del paciente:	Recuperado/resuelto <input checked="" type="checkbox"/>	Recuperado/resuelto con secuelas <input type="checkbox"/>	Cual: _____
	En proceso de recuperación o resolviéndose <input type="checkbox"/>	No recuperado/ No resuelto <input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
Diagnóstico clínico:	No. Expediente: _____		
Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido:			
<u>Usaria este dra presenta nauseas, vómito en 2 ocasiones y cefalea moderada posterior al cumplimiento de la vacuna Hepatitis B.</u>			
Acción tomada ante la reacción o el evento:	Tratamiento terapéutico:	<input checked="" type="checkbox"/> Seguimiento médico/observación del paciente <input type="checkbox"/>	
Descripción de la acción tomada:			
<u>Diclofenaco sodico 1 tableta c/12h. Sdo por cefalea.</u> <u>Dimenhidrinato 50mg 1 tableta c/8h por nauseas y vómitos</u>			
Fecha de resolución de la reacción o evento:	<u>25</u> <u>08</u> <u>2025</u>		



**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: \_\_\_\_\_  
 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 cual 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
Hepatitis B	03439013A	IM.	Deltaidea	1ml.	08.2026	+3	Serum Institute Of India PVT.

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

Número de registro sanitario de la vacuna: \_\_\_\_\_ Nombre comercial (\*): Vacuna de la Hepatitis B  
 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  
 Lugar donde fue vacunado: Hospital  Unidad de salud  Clínica privada  Puesto de vacunación  Domicilio   
 Nombre y dirección del establecimiento: Final calle Arce y 23 Av. Sur, 1303, El Salvador.  
 Marco de aplicación de la vacuna: Cumplimiento del Esquema de Vacunación  Durante campaña  Viajero  Otros   
 Indicación médica  ¿Cuál indicación médica? \_\_\_\_\_  
 Vía de administración: Oral  Intradérmico  Subcutáneo  Intramuscular  Otro   
 Fecha de vacunación: 25/08/2025 Hora de vacunación: 11:00  
 Tiempo transcurrido entre vacunación y apareamiento del ESAVI: Meses 0 Días 0 Hrs 2h Minutos 0  
 Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 Laboratorio fabricante: Serum Institute Número de lote (\*): 03439013A Fecha de caducidad: 08/08/2026  
 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  
 Total, de vacunas aplicadas por establecimiento: 25



**IX. CLASIFICACIÓN FINAL DEL ESAVI**

Evento relacionado con la vacuna	<input type="checkbox"/>	Evento coincidente con la vacuna	<input type="checkbox"/>	Evento no concluyente	<input type="checkbox"/>
Reacción relacionada a ansiedad por la inmunización	<input type="checkbox"/>	Error programático	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico clínico final:					
_____					
_____					

Licda. Débora Abigail Rosales García  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
J.V.P.E. No. A-11700

Firma y sello del notificador