

PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES Y PAI
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN PARA EVENTOS ADVERSOS A LA INMUNIZACIÓN (ESAVI) PARA COVID-19

Datos personales del Paciente				Datos del Notificador *			
Número de Cédula del Paciente:				Notificador *			
Nombres y Apellidos del Paciente:				Profesión *			
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):				Teléfono *			
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/>				E-mail *			
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Lactante <input type="checkbox"/>				Departamento			
Datos de Residencia				Distrito			
Departamento				Establecimiento			
Distrito/Ciudad				Fecha de captación del paciente (dd/mm/aaaa)			
Dirección				Fecha de notificación (dd/mm/aaaa)			
Teléfono							
Edad <input type="text"/> años <input type="text"/> meses							
Grupo de Edad por años							
18 - 39 <input type="checkbox"/>				40 - 60 <input type="checkbox"/>			
				> a 60 <input type="checkbox"/>			

Nombre del Establecimiento de Salud - Lugar de Vacunación			
Distrito		Región Sanitaria	

Vacuna						Diluyente		
Marca y Fabricante	Fecha de Vacunación	Hora de Vacunación	Dosis 1ra /2da	Número de Lote	Fecha de Vencimiento	Número de Lote	Fecha de Vencimiento	Fecha y Hora de reconstitución

Fecha de inicio del evento adverso			Hora de inicio:				
<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Apnea
<input type="checkbox"/> Rubor	<input type="checkbox"/> Sudoración	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Tumefacción	<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Parálisis de Bell	<input type="checkbox"/> Hemiplejía
<input type="checkbox"/> Necrosis	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Hemiparexia	<input type="checkbox"/> Arritmia Cardiaca	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Alergia Leve
<input type="checkbox"/> Nauseas	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="text"/> Otros (describir):				

Descripción del evento adverso (signos y síntomas)

El evento adverso es considerado Grave No grave (En caso de Grave marcar abajo)

Hospitalización Discapacidad Amenaza de vida Muerte Anomalía congénita

Evento médico importante (Especificar..)

RESULTADOS:

En recuperación Recuperado Recuperado con secuelas No Recuperado Desconocido

Muerte Fecha del deceso (dd/mm/aaaa) Autopsia: Si No Desconocido

Historial médico, (describir patologías de base, alergias, otros.)

Para completar en el primer nivel de decisión

Necesita Investigación: Sí No Fecha de investigación (dd/mm/aaaa)

Fecha de recepción de la notificación (dd/mm/aaaa)

OBS.: EN CASOS GRAVES COPIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO SE REMITIRÁN AL NIVEL CENTRAL (PAI) POSTERIOR AL ALTA O FALLECIMIENTO DEL PACIENTE