



FICHA NOTIFICACIÓN ESAVI

EVENTO ADVERSO SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLE A VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN

1- Procedencia de reporte:

Provincia:	Localidad:
------------	------------

2- Tipo de reporte

Inicial:	Seguimiento:
----------	--------------

3- Datos del paciente

DNI (tipo y N°)	Apellido	Nombre
Fecha nacimiento:	Edad:	Sexo: Femenino: Masculino:
DNI madre de Recién Nacidos (tipo y N°)	Teléfono	
Domicilio	Localidad	Provincia

4- Condiciones médicas relevantes previas a la vacunación: Marcar con una X las condiciones que estén presentes

Alergia	Si	No	Epilepsia	Si	No
Diabetes	Si	No	Inmunosupresion, HIV	Si	No
Hepatopatias	Si	No	Uso de corticoides	Si	No
Ins. renal	Si	No	Enfermedad autoinmune	Si	No

5- Medicación habitual

--

6- Datos cronológicos

Fecha de vacunación	
Fecha de aparición del ESAVI	
Fecha de notificación del ESAVI	

7- Datos del laboratorio productor

Tipo de vacuna	Marca comercial	Nº de lote/serie	Sitio aplicación	Dosis (1)	Volumen aplicado	Laboratorio productor
¿Recibió otras dosis previas de la misma vacuna? Si : No: Fecha: ____/____/____ N° dosis:						
¿Recibió otras vacunas en las últimas 4 semanas? Si: No: Cuál/es:						
¿Tiene antecedentes familiares de reacciones a vacunas? Hermanos, padres Si : No : Cuales:						

(1) Consignar dosis según esquema (1, 2, ref, dosis unica, etc.)



8- Descripción del ESAVI. Marque con una X los signos/ síntomas presentes

Locales	Hinchazón	Dolor	Eritema	Induración	Ulceración:	Absceso
Sistémicos	Fiebre	Erupción		Irritabilidad	Cefalea	Diarrea
Convulsiones	Hipotonía	Alteración de la conciencia		Invaginación intestinal	Síncope	
Otras:						

**9- Estudios
Complementarios**

Laboratorio	Si	No	Hto: Bt:	Hb: Bd:	Gb: Got:	(Ns Gpt:	Nc FAL:	Mo FAL:	LiEo otros:	Bas), plq:urea: creat:	ESD: PCR cuantitativa:
Serología	Si	No									
LCR	Si	No									
Cultivos	Si	No									
Imágenes	Si	No									
Otros (especifique)											

10- Evolución del ESAVI: Marque con una X

Tratamiento (especificar)			
Hospitalización	Si	No	
Recuperación	Si	No	
Secuelas (especificar)			
Fallecimiento	Si	No	Fecha
Necropsia	Si	No	

11- Marco de aplicación de la vacuna: marque con una X

12- Lugar de vacunación: (especifique nombre)

Calendario Nacional de vacunación	Hospital:	
Campaña:	Vacunatorio: publico privado	
Otro (viajero, control de brote, bloqueo, indicación individual)	Terreno:	CAPS

13- Datos del comunicador:

Apellido	Nombre
DNI	Teléfono:
Lugar de trabajo:	Mail:

Acciones realizadas en Terreno :

Espacio reservado para CoNaSeVa

Clasificación del ESAVI:

**Dirección de Control
de Enfermedades
Inmunoprevenibles**

**Secretaría
de Gobierno
de Salud**



**Ministerio de Salud
y Desarrollo Social
Presidencia
de la Nación**

Ministerio de Salud de Nación

Correo: Rivadavia 875 piso 1

(C1002AAG) Tel: 4342-7568 / 4342-7388

Mail: esavi@dicei.msal.gov.ar

Internet : http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000475cnt-2014-01_ficha-basica-ESAVI.pdf

ANMAT

Av. de Mayo 869, piso 11.CP1084 Bs. As.

Tel:(011)4340-0800 int. 1166

Fax: (011)4340-0866E-mail: snfvq@anmat.gov.ar

Internet: http://www.anmat.gov.ar/aplicaciones_net/applications/fvg/esavi_web/esavi.htm

