

ANMAT  
Av de Mayo 869



SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA  
VIGILANCIA DE EFECTOS ADVERSOS SUPUESTAMENTE  
ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN ESAVI

MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE



PROGRAMA  
NACIONAL DE  
INMUNIZACIONES

**1- Procedencia:**

**2- Tipo de ESAVI: Marcar con una X**

Provincia:	Asociado a la vacuna*:
Localidad:	Asociado a la vacunación**:

**3- Datos del paciente.**

Apellido			
Nombre			
Edad:	Fecha nacimiento ___/___/___	Sexo:	
Domicilio:			
Telefono:			

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

Alergias:	A que:		
Diabetes:	Hepatopatías:	Disfunciones renales:	Inmunosupresión:
Desnutrición	Enfermedades autoinmunes	Otras:	

**5-Medicación concomitante**

--

**6- Descripción del ESAVI. Marque con una X los síntomas presentes**

Fecha de vacunación	___/___/___				
Fecha de aparición del ESAVI	___/___/___				
Fecha de notificación	___/___/___				
<b>Síntomas locales</b>	Hinchazón	Dolor	Eritema		
Induración	Absceso	Ulceración:	Otros:		
<b>Síntomas generales</b>	Fiebre	Rash	Malestar general	Irritabilidad	Cefalea
Convulsiones	Encefalitis	Meningoencefalitis	Hipotonía	Parotiditis	Diarrea
Tumefacción parotidea bilateral	Tumefacción parotidea unilateral	Tumefacción submaxilar			
Otras:					

**6.a- Resultado del ESAVI: Marque con una X**

Requirió tratamiento: Si No	Cual:
Recuperado ad integrum: Si No	Secuelas: Si No Cuales:
Hospitalización: Si No	Fallecido: Si No

**7- Estudios complementarios (para evaluación de evento actual): Marque con una X los laboratorios pedidos**

Serología: Si No	Resultados:
LCR: Si No	Resultados:
Saliva: Si No	Resultados:
Laboratorio: Si No	Resultados:

**8- Datos del laboratorio productor POR FAVOR COMPLETAR ESTOS DATOS.**

Tipo de vacuna	Nº de lote/serie	Sitio aplicación	Dosis	Laboratorio productor
¿Recibió otras dosis previas de la misma vacuna? Si                      No		Fecha: ____/____/____    Nº dosis:		
¿Recibió al mismo tiempo otras vacunas? Si                      No		¿Recibió otras vacunas en las últimas 4 semanas? Si                      No		
Cuales:		Cuales:		
¿Tiene antecedentes familiares de reacciones a vacunas. Hermanos, padres? Si                      No				
Cuales:				

**9- Marco de aplicación de la vacuna: marque con una X      10- Lugar de vacunación: Marque con una X**

Campaña:	Hospital:
Cumplimiento del calendario:	Centro de atención primaria:
Indicación médica (ámbito privado):	Vacunatorio:
Otro (ej: brote):	Farmacia:
	Terreno:
	Otros:

**11-Datos del comunicador:**

Apellido	
Nombre	
Lugar de trabajo:	
Mail:	Telefono:

**Clasificación del ESAVI:**

**ANMAT: Av. De Mayo 869, piso 11.CP1084 Bs. As.Tel:(011)4340-0800 int 1166; Fax(011)4340-0866, E-mail: [snfvg@anmat.gov.ar](mailto:snfvg@anmat.gov.ar)**

**Ministerio de Salud: Av. 9 de Julio 1925(C1073ABA); Tel:4379-9043 int.4830/4810; Fax 4379-9000 int.4806, E-mail:**

**[vacunas@msal.gov.ar](mailto:vacunas@msal.gov.ar), [analiarearte@msal.com](mailto:analiarearte@msal.com)**

## Definiciones:

\*Asociado a la vacuna: Evento relacionado con los componentes propios de la vacuna

\*\*Asociado a la vacunación: Evento relacionado con el proceso de manejo de las vacunas, error programático.