



**SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
EVENTOS ADVERSOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A
LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)**

País: Argentina	Provincia:	CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES PREVIAS A LA VACUNACIÓN			
TIPO DE ESAVI Asociado a la vacuna <input type="checkbox"/> Asociado a la vacunación <input type="checkbox"/>		Alergias <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatías <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Inmunosupresión. HIV <input type="checkbox"/> Tratamiento corticoideo <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otras.....			
DATOS DEL PACIENTE: Apellido..... Nombre..... Edad.....Sexo.....Talla.....Peso.....					
Fecha de notificación: ____/____/____ Fecha de vacunación: ____/____/____ Fecha del ESAVI: ____/____/____					
DESCRIPCIÓN DEL ESAVI (incluyendo su duración)		MEDICACIÓN CONCOMITANTE			
		ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS POST ESAVI (Laboratorio, Rx, EEG, etc.) (Con resultado)			
		RESULTADO DEL ESAVI Requirió tratamiento <input type="checkbox"/> Recuperación ad-integrum <input type="checkbox"/> Secuela <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Riesgo de vida <input type="checkbox"/>			
DATOS DE LA VACUNA					
Tipo de vacuna	Sitio aplicación	Dosis	Laboratorio	Productor	N° de lote/serie
¿Recibió otras dosis previamente del mismo tipo de vacuna? Si <input type="checkbox"/> ¿Cuándo?: ____/____/____ No <input type="checkbox"/>			Tiene antecedentes familiares de reacciones a vacunas ¿Hermanos, padres, abuelos? Si <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?:..... No <input type="checkbox"/>		
¿Recibió al mismo tiempo otras vacunas? Si <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?:..... No <input type="checkbox"/>			MARCO DE APLICACIÓN DE LA VACUNA Durante la campaña <input type="checkbox"/> Calendario <input type="checkbox"/> Indicación médica <input type="checkbox"/> Otros (brote, etc.) <input type="checkbox"/>		
¿Recibió otras vacunas en las 4 últimas semanas? Si <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?:..... No <input type="checkbox"/>					
LUGAR DE VACUNACIÓN Hospital <input type="checkbox"/> Centro de atención primaria <input type="checkbox"/> Vacunatorio <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/>			DATOS DEL COMUNICADOR Apellido..... Nombre..... Lugar de trabajo..... Teléfono..... E-mail.....		
Colegio de Farmacéuticos de Córdoba Area de Capacitación y Responsabilidad Social - Corro 146 - CP5000 - Córdoba - Tel. (0351) 4249511 int. 230-231 - formacion@colfacor.org.ar					