

ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA DE EVENTOS ADVERSOS A LA VACUNACION

DATOS GENERALES DEL PACIENTE	NOMBRE _____		1ER. APELLIDO _____		2DO. APELLIDO _____		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	Fecha de Nacimiento		Edad		DIRECCION: (Calle, No. Entrecalles, ciudad o pueblo)				
	Día	Mes	Año	_____	<input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año				
Consultorio: _____		Area de Salud: _____		Municipio: _____		Provincia: _____		Embarazada: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

DATOS DE LA VACUNACION	Fecha de Vacunación:			Fecha de Notificación		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	Tipo vacuna	No. dosis	Sitio de Aplicación	Via administrac.	Lugar Aplicación	Fabricante

ANTEC. PATOL.	PERSONALES			FAMILIARES		
	ALERGIA		CONVULS.	ALERGIA		CONVULS.
	SI	NO	SI	NO	SI	NO

SÍNTOMAS Y SIGNOS		Fecha Inicio	Fecha Terminación
		día mes año	día mes año
	1. Absceso sitio inyección		
	a. Esteril		
	b. Bacteriano		
	Res. Cultivo: _____		
	2. Linfadenitis (Inc. Supurativa)		
	a. Nódulo linfático >= 1.5 cm		
	b. Nódulo linfático tray. Sinuoso		
	3. Reacciones locales severas		
	a. Inflamación más allá de la articulación más cercana		
	b. Dolor, enrojecimiento e inflamación de más de 3 días		
	4. Parálisis aguda		
	a. Poliomielitis asoc. a vacuna		
	b. Síndrome de Guillain Barré		
	5. Encefalopatías		
	a. Convulsiones		
	b. Severa alteración de conciencia por uno o más días		
	c. Cambio de conducta por uno o más días		
	d. Daño cerebral permanente		
	6. Encefalitis		
	7. Meningitis		
8. Reacción alérgica			
9. Convulsiones			
a. Febriles			
b. Afebriles			
10. Reacción anafiláctica			
11. Shock anafiláctico			
12. Artralgia			
a. Persistente			
b. Transitorio			
13. Fiebre			
a. De 39 a 39.9°C			
b. De 40° y más			
14. Colapso o Shock			
15. Osteitis / osteomielitis			
16. Llanto persistente			
17. Sepsis			
18. Síndromes de shock tóxico			
19. Rash			
20. Púrpura trombocitopénica			
21. Otros eventos severos e inusuales que aparezcan sin transcurrir 4 semanas de la vacunación			
¿Cuál?			

INGRESO HOSPITALARIO:			Estado al Alta:		
Fecha de Ingreso:			Fecha de Alta:		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
			Curado <input type="checkbox"/> Secuela <input type="checkbox"/>		
			Fallecido <input type="checkbox"/>		

Médico de la Familia: _____ Nombre y Apellidos _____ Firma	Subdirector de Higiene y Epidemiología del Area: _____ Nombre y Apellidos _____ Firma
--	---



INSTITUTO PEDRO KOURI
Autopista Novia del Mediodía, Km 2 ½ La Lisa Ciudad Habana
Teléfono: Fax (53-7) 204 60 51, (53-7) 202 06 33

Instrucciones para el llenado de la encuesta epidemiológica de eventos adversos consecutivos a la vacunación

Se confecciona por cada evento adverso reportado por el médico de familia, el cual será revisado por el subdirector de higiene y epidemiología del área de salud.

Todos los acápites de esta encuesta deben ser completados

Consta de 6 ítems, divididos de la siguiente forma:

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

Nombre y apellidos: Consignar en los espacios correspondientes el nombre y los dos apellidos del paciente que sufrió el evento adverso que se reporta.

Sexo: Marcar con una X en la casilla correspondiente al sexo del paciente

Fecha de nacimiento: Consignar el día, mes y año de nacimiento del paciente

Edad: Marcar en la casilla correspondiente en días, meses o años.

Dirección: debe llenar la dirección completa del paciente, señale la calle, el número de la casa, entrecalles, ciudad o pueblo, consultorio, área de salud municipio y provincia.

Embarazada: marcar en el espacio correspondiente si la paciente está embarazada o no.

DATOS DE LA VACUNACION:

Fecha de la vacunación: Anotar el día, mes y año en que se realizó la vacunación del paciente con la que está relacionada el evento.

Tipo de vacuna: marque la vacuna que fue la que produjo el evento adverso

Fabricante: Consignar el nombre del fabricante de la vacuna que se aplicó al paciente.

Lote: Consignar el número de lote a que pertenece la vacuna aplicada.

Dosis: marcar con una x la casilla correspondiente a la dosis aplicada que esté relacionada con el evento adverso.

Vía de administración: Consigne con una x la casilla correspondiente a la vía de administración de la vacuna aplicada, esta puede ser ID-intradérmica, SC-subcutánea, IM- intramuscular, O-oral.

Lugar de aplicación: Marcar con una x en la casilla correspondiente si el lugar de aplicación fue el policlinico, vacunatorio, escuela o el hospital.

Fecha de notificación: Anotar el día, mes y año en que se realiza la notificación del evento adverso.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

Marcar con una x si tanto entre los antecedentes patológicos personales o familiares se encuentran o no la alergia, las convulsiones y el asma.

SINTOMAS Y SIGNOS:

Marcar con una X para cada uno de los síntomas y signos que aparecen en el modelo, si está presente o no en el paciente, es decir cada uno de ellos debe tener una respuesta afirmativa o negativa.

INGRESO HOSPITALARIO:

Consignar en los espacios correspondientes el día, mes y año de ingreso y de alta del paciente y marcar con una x el espacio que corresponda con el estado del paciente al alta.

MEDICO DE LA FAMILIA-SUBDIRECTOR DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA DEL AREA:

Consignar en los espacios correspondientes el nombre y apellidos y la firma del médico de la familia y del subdirector de Higiene y Epidemiología del área de salud que reporta el evento adverso.

Revisión lógica y aritmética:

- Todos los acápites del modelo son de obligatorio llenado
- Le fecha de notificación no puede ser anterior a la fecha de vacunación ni ala de primeros síntomas.
- La fecha de primeros síntomas no puede ser anterior a la fecha de vacunación.

Realizado por	Dra Belkys Galindo Santana	Firma	
Cargo	Responsable del Sistema Nacional de Vigilancia de eventos Adversos a la vacunación.	Fecha	21/10/08
	Dr. Otto Pelaez Sánchez	Firma	
Cargo	2do responsable del sistema de vigilancia	Fecha	29/07/08
Aprobado por	Dr Manuel Díaz González	Firma	
Cargo	Subdirector Departamento de Epidemiología		15/10/08

