



Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE ESAVI SEVERO

ESAVI = EVENTO SUPUESTAMENTE ATRIBUIDO A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN

**Definición operativa:** ESAVI severo: Es todo cuadro clínico supuestamente atribuido a vacunación o inmunización que cumple uno o más de los siguientes criterios: 1. Hospitalización. 2. Riesgo de muerte. 3. Discapacidad. 4. Fallecimiento. También se incluye los conglomerados leves - moderados.

**I. NOTIFICACIÓN** **SEVERO**  **CONGLOMERADO (LEVE-MODERADO)**

Código de registro	Fecha de identificación local del caso (o consulta)	Fecha de notificación de DIRESA/GERESA/DIRIS a CDC/MINSA (notificación nacional)	Fecha de inicio de investigación
	___/___/___	___/___/___	___/___/___

**II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE**

DIRESA/GERESA/DIRIS  RED  MICRORED  Establecimiento de Salud notificante

Nivel I  Nivel II  Nivel III  Nivel IV  Teléfono del Personal de salud

Minsa  EsSalud  FF. AA y PNP  Sector Privado  Sisol  Otro

**III. DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido	2do Apellido	Nombre(s)	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono: _____
<b>Fecha de Nacimiento:</b> ___/___/___ Día Mes Año	<b>Edad:</b> _____ 1. Años <input type="checkbox"/> 2. Meses <input type="checkbox"/> 3. Días <input type="checkbox"/> 4. Hora <input type="checkbox"/> 5. Minutos <input type="checkbox"/>	<b>Domicilio actual:</b> Departamento: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ Dirección: _____ Referencia: _____		
<b>Pueblo étnico:</b> <input type="text"/> <b>Etnia</b> <input type="text"/> <b>Gestante:</b> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> <b>N° de semanas de gestación:</b> <input type="text"/>	<b>Tipo de localidad:</b> Urbano <input type="checkbox"/> Periurbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	<b>Está asegurado:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	<b>Ocupación:</b> Sin ocupación <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Personal de salud <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	<b>Documento de identificación:</b> DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carne de extranjería <input type="checkbox"/> Sin documento <input type="checkbox"/> N° _____

**IV. DATOS DE LA VACUNACIÓN (colocar códigos)**

1. Nombre de Vacuna (cód)	2. Adyuv	3. Dosis	4. Vía	5. Sitio	Fecha de vacunación (Hs:m)	EESS que vacunó	Fabricante	Lote	Fecha de expiración
.....					___/___/___ : _____	.....	.....	.....	___/___/___
					___/___/___ : _____				___/___/___
					___/___/___ : _____				___/___/___
					___/___/___ : _____				___/___/___

- VACUNA:** 01 BCG, 02 DPT, 03 APO, 04 Hepatitis B, 05 Hib, 06 Pentavalente, 07 SPR, 08 fiebre amarilla, 09 SR, 10 DT, 11 Influenza estacional, 12 Anti-sarampión, 13 Contra neumococo, 14 Contra rotavirus, 15 Contra VPH, 16 IPV, 17 contra Varicela, 18 dTpa, 19 anti COVID-19, 20 Otro
- ADYUVANTE:** 01 Sí, 02 No
- DOSIS:** 01 primera, 02 segunda, 03 tercera, 04 adicional, 05 única, 06 refuerzo
- VIA:** 01 oral, 02 intradérmica, 03 subcutánea, 04 intramuscular
- SITIO:** 01 hombro derecho, 02 hombro izquierdo, 03 brazo derecho, 04 brazo izquierdo, 05 Vasto externo de muslo derecho, 06 Vasto externo de muslo izquierdo, 09 oral

V. ANTECEDENTES						
PERSONALES			FAMILIARES			EPIDEMIOLÓGICOS
Condiciones de comorbilidad			Cuadros Patológicos			Enfermedades prevalentes en la Región:
¿ESAVI previo?	Alergia <input type="checkbox"/>	Enf. Renal <input type="checkbox"/>	Alergia <input type="checkbox"/>	COVID-19 <input type="checkbox"/>		Dengue <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Convulsión <input type="checkbox"/>	Daño hepático <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>	TBC <input type="checkbox"/>		Malaria <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>	Cáncer <input type="checkbox"/>	Urticaria <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>		Zika <input type="checkbox"/>
Cuál:	Diabetes <input type="checkbox"/>	Enf. Pulmonar <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	Enf. Cardiovascular <input type="checkbox"/>		Leptospirosis <input type="checkbox"/>
Convulsión <input type="checkbox"/>	Obesidad <input type="checkbox"/>	Enf. Reumatol. <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Enf. Pulmonar <input type="checkbox"/>		Bartonelosis <input type="checkbox"/>
Rush <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>		Obesidad <input type="checkbox"/>	Enf. Reumatol <input type="checkbox"/>		Rabia <input type="checkbox"/>
Pérdida conoc. <input type="checkbox"/>	Enf. Cardiovascular <input type="checkbox"/>		Cáncer <input type="checkbox"/>	Enf. Renal <input type="checkbox"/>		Otra, especifique _____
Otra <input type="checkbox"/>	Enf. Neurológica o neuromuscular <input type="checkbox"/>		Convulsión febril infancia <input type="checkbox"/>			
_____	Inmunodeficiencia (incluye VIH) <input type="checkbox"/>		Inmunodeficiencia (incluye VIH) <input type="checkbox"/>			
	Otra, especifique _____		Otra, especifique _____			

VI. SIGNOS/SÍNTOMAS					
	Tiempo entre vacunación e inicio del cuadro clínico			Fecha de Inicio	Fecha de Término
	Minuto	Hora	Días	día / mes / año	día / mes / año
<b>1. Absceso en el sitio de inyección</b>					
a) Estéril				___/___/___	___/___/___
b) Bacteriano				___/___/___	___/___/___
<b>2. Linfadenitis supurativa</b>					
a) Nódulo Linfático mayor a 1.5 cm				___/___/___	___/___/___
b) Nódulo Bacteriano				___/___/___	___/___/___
<b>3. Reacción local Severa</b>					
a) Inflamación más allá de la articulación más cercana				___/___/___	___/___/___
b) Dolor enrojecimiento e inflamación de más de 3 días				___/___/___	___/___/___
c) Inflamación >10 cm más limitación funcional				___/___/___	___/___/___
<b>4. Llanto persistente (mayor de 3 horas)</b>					
I. Solo asociado a fiebre				___/___/___	___/___/___
II. Asociado a otros síntomas				___/___/___	___/___/___
<b>5. Convulsiones</b>					
a) Febril				___/___/___	___/___/___
b) Afebril				___/___/___	___/___/___
<b>6. Síndrome hipotónico - hiporreactivo</b>					
a) Asociada a depresión respiratoria, cianosis				___/___/___	___/___/___
b) No asociada a depresión respiratoria, cianosis				___/___/___	___/___/___
<b>7. Reacción Alérgica</b>					
a) Reacción Anafiláctica				___/___/___	___/___/___
b) Shock anafiláctico				___/___/___	___/___/___
<b>8. Púrpura trombocitopénica</b>					
a) Sólo manifestaciones dérmicas (petequias)				___/___/___	___/___/___
b) Asociadas a otros síntomas				___/___/___	___/___/___
<b>9. Síncope o reacción vasovagal</b>					
<b>10. Parálisis flácida aguda</b>					
a) Asimétrica				___/___/___	___/___/___
b) Simétrica (d/c SGB, Mielitis transversa, otra)				___/___/___	___/___/___
<b>11. Encefalopatías</b>					
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				___/___/___	___/___/___
<b>12. Encefalitis</b>				___/___/___	___/___/___
<b>13. Meningitis</b>				___/___/___	___/___/___
<b>14. Osteítis / osteomielitis</b>					
<b>15. Artralgia</b>					
a) Persistente				___/___/___	___/___/___
b) Transitorio				___/___/___	___/___/___
<b>16. Sepsis</b>					
<b>17. Síndromes de shock tóxico</b>				___/___/___	___/___/___

