



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: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Día Mes Año	Edad: _____ 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"/>	Domicilio actual: Departamento: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ Dirección: _____ Referencia: _____		
Pueblo étnico: <input type="text"/>	Tipo de localidad: Urbano <input type="checkbox"/> Periurbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Está asegurado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	Ocupación: 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? _____	Documento de identificación: DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carne de extranjería <input type="checkbox"/> Sin documento <input type="checkbox"/> Nº _____
Etnia <input type="text"/>	Gestante: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Nº de semanas de gestación: <input type="text"/>		

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"/>	Alergia <input type="checkbox"/>	COVID-19 <input type="checkbox"/>	Dengue <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Convulsión <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>	TBC <input type="checkbox"/>	Malaria <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>	Urticaria <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	Zika <input type="checkbox"/>
Cuál:	Diabetes <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	Enf. Cardiovascular <input type="checkbox"/>	Leptospirosis <input type="checkbox"/>
Convulsión <input type="checkbox"/>	Obesidad <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"/>	Immunodeficiencia (incluye VIH) <input type="checkbox"/>	
_____	Immunodeficiencia (incluye VIH) <input type="checkbox"/>	Immunodeficiencia (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
1. Absceso en el sitio de inyección					
a) Estéril				___/___/___	___/___/___
b) Bacteriano				___/___/___	___/___/___
2. Linfadenitis supurativa					
a) Nódulo Linfático mayor a 1.5 cm				___/___/___	___/___/___
b) Nódulo Bacteriano				___/___/___	___/___/___
3. Reacción local Severa					
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				___/___/___	___/___/___
4. Llanto persistente (mayor de 3 horas)					
I. Solo asociado a fiebre				___/___/___	___/___/___
II. Asociado a otros síntomas				___/___/___	___/___/___
5. Convulsiones					
a) Febril				___/___/___	___/___/___
b) Afebril				___/___/___	___/___/___
6. Síndrome hipotónico - hiporreactivo					
a) Asociada a depresión respiratoria, cianosis				___/___/___	___/___/___
b) No asociada a depresión respiratoria, cianosis				___/___/___	___/___/___
7. Reacción Alérgica					
a) Reacción Anafiláctica				___/___/___	___/___/___
b) Shock anafiláctico				___/___/___	___/___/___
8. Púrpura trombocitopénica					
a) Sólo manifestaciones dérmicas (petequias)				___/___/___	___/___/___
b) Asociadas a otros síntomas				___/___/___	___/___/___
9. Síncope o reacción vasovagal					
10. Parálisis flácida aguda					
a) Asimétrica				___/___/___	___/___/___
b) Simétrica (d/c SGB, Mielitis transversa, otra)				___/___/___	___/___/___
11. 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				___/___/___	___/___/___
12. Encefalitis				___/___/___	___/___/___
13. Meningitis				___/___/___	___/___/___
14. Osteítis / osteomielitis					
15. Artralgia					
a) Persistente				___/___/___	___/___/___
b) Transitorio				___/___/___	___/___/___
16. Sepsis					
17. Síndromes de shock tóxico				___/___/___	___/___/___

