

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)

DGE-ESAVI

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

CURP: _____ No. Expediente: _____ No. de Afiliación: _____ Semana epidemiológica:
 Folio: _____
 Nombre: _____
 Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____

DATOS DEL NACIMIENTO

Fecha de nacimiento: _____ Estado de nacimiento Municipio de nacimiento
 Día / Mes / Año
 Edad: Años Meses Días Sexo: 1. Masc. 2. Fem.

RESIDENCIA ACTUAL

Domicilio: _____
 Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____ Colonia o Barrio _____
 Localidad _____ Municipio/Alcaldía _____ Entidad Federativa _____
 C.P.: _____ Teléfono fijo o celular (con lada): _____ Correo electrónico: _____
 Nombre del responsable del menor: _____
 Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____

DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

¿Se reconoce cómo indígena? 1= Si, 2= No ¿Habla alguna lengua indígena? 1= Si, 2= No Ocupación
 Es migrante: 1= Si, 2= No País de Nacionalidad: _____ País de Origen: _____
 Países de tránsito en los últimos tres meses: 1.- _____ 2.- _____
 3.- _____ 4.- Otro: _____ Fecha de Ingreso al País: _____
 Día / Mes / Año

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

Nombre de la Unidad: _____ Institución de adscripción: Especifique: _____ Clave CLUES de la Unidad: _____
1. SSA 2. IMSS 3. ISSSTE 4. IMSS-BEN 5. DIF 6. PEMEX 7. SEDENA 8. SECMAR 9. PRIVADA 10. OTRAS
 Estado: _____ Jurisdicción Sanitaria: _____ Municipio: _____ Localidad: _____
 Fecha de notificación a la Jurisdicción: _____ Fecha de notificación a nivel estatal: _____ Fecha de notificación a la DGE: _____
 Día / Mes / Año Día / Mes / Año Día / Mes / Año
 Fecha de Inicio del estudio: _____
 Día / Mes / Año

III. DATOS DE LA UNIDAD VACUNADORA

Nombre de la Unidad: _____ Institución de adscripción: Especifique: _____ Clave CLUES de la Unidad: _____
1. SSA 2. IMSS 3. ISSSTE 4. IMSS-BEN 5. DIF 6. PEMEX 7. SEDENA 8. SECMAR 9. PRIVADA 10. OTRAS
 Estado: _____ Jurisdicción Sanitaria: _____ Municipio: _____ Localidad: _____
 Nombre del Vacunador (a): _____ Escolaridad: _____
 Antigüedad en el puesto: _____ Adscrito al servicio de inmunizaciones / medicina preventiva: 1= Si, 2= No
 ¿Cuándo recibió la última capacitación en técnica de aplicación e inmunizaciones? _____
 Vacunado en el extranjero 1= Si, 2= No bEspecifique el país en el que fue vacunado

IV. ANTECEDENTES DE SALUD PREVIOS A LA VACUNACIÓN

¿Se trata de una mujer embarazada? 1= Si, 2= No cSemanas de Gestación: _____
 ¿Padece alguna enfermedad infecciosa? 1= Si, 2= No ¿Se encontraba aparentemente sano antes de la vacunación? 1= Si, 2= No
 d¿Cuál o cuáles? _____ ¿Ha presentado alguna enfermedad infecciosa en los últimos 15 días previos a la vacunación? Ejemplo: Dengue y
 otras arbovirosis, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, etc. 1= Si, 2= No
 eIndique el tratamiento y fecha en la que lo tomo _____
 f¿Los medicamentos son inmunosupresores? 1= Si, 2= No, 3=Se desconoce gTipo de medicamento: 1= Corticosteroides 2=Citotóxicos
 ¿Padece algún tipo de alergia? 1= Si, 2=No h1. Alimentos 2. Medicamentos 3. Polen 4.Lo ignora 5. Otro: Especifique _____

V. DATOS DE LA VACUNACIÓN

Marque con una X la dosis que corresponda, anote la fecha y hora de aplicación, y los datos correspondientes de la(s) última(s) vacuna(s) supuestamente relacionada(s) con el ESAVI.

Nombre de la vacuna	Dosis					Fecha de Aplicación	Denominación distintiva	Laboratorio productor	Número de lote de la vacuna	Fecha de caducidad de la vacuna	Número de lote del diluyente	Fecha de caducidad del diluyente	Via de aplicación: 1. I.M., 2. Subcutánea, 3. Intradérmica, 4. Oral, 5. Otra	Sitio aplicación: 1. Brazo derecho, 2. Brazo izquierdo, 3. Muslo derecho, 4. Muslo izquierdo 5. Otro.
	1a	2a	3a	4a	Adicionales									
	DD	MM	AAAA											
1 BCG														
2 Hepatitis B														
3 Pentavalente acelular (DPa+VPI+Hib)														
4 Hexavalente														
5 Rotavirus														
6 Neumococo conjugada 13 Valente														
7 Neumococo 23 Valente														
8 Influenza estacional														
9 SRP														
10 Sabin														
11 SR														
12 VPH														
13 Td														
14 Tdpa														
15 DPT														
16 Influenza pandémica														
17 Varicela														
18 Hepatitis A														
19 Dengue														
20 Antirrábica														
21 Fiebre Amarilla														
22 Meningococo														
23 COVID-19 (Obligatorio llenar parte VI)														
24 Otras (Especifique):														

Sitio vacunación: 1= Intramuros, 2= Extramuros Presentación de la vacuna: 1= Unidosis, 2= Multidosis Fecha de apertura del frasco multidosis: _____
 Día / Mes / Año
 Número de personas vacunadas con el mismo frasco: _____ Número de personas vacunadas con el mismo lote, de la(s) vacuna(s) aplicada(s): _____
 ¿Hubo error en la aplicación de la vacuna? 1= Si, 2= No
 ¿Qué tipo de error?: 1 Aplicación de vacuna incorrecta para la edad del paciente de acuerdo al esquema, 2 sitio incorrecto de aplicación, 3 vía incorrecta de aplicación, 4 vacuna incorrecta, 5 dosis incorrecta, 6 error de reconstitución, 7 otros y en este caso se deberá especificar. Especificar _____

VI. ANTECEDENTES DE SALUD PREVIOS A LA VACUNACIÓN CONTRA COVID-19

¿Ha padecido COVID-19 confirmada por laboratorio? 1= Si, 2= No Fecha de inicio de síntomas de COVID-19 _____ Día / Mes / Año Fecha de diagnóstico realizado _____
 Día / Mes / Año
 ¿Qué tipo de prueba le realizaron? 1. RT-qPCR. 2. Prueba serológica 3. Prueba Rápida de Antígenos 4. Aislamiento viral 5. Lo ignora 6. Otra: Especifique _____
 Marca de estuche de diagnóstico _____
 Caso de COVID-19 en individuo vacunado cuando ya estaba infectado y no presenta datos de titulación de anticuerpos 1= Si, 2= No
 Caso de enfermedad tipo influenza, influenza estacional, o Infección Respiratoria Aguda en individuo vacunado cuando ya estaba infectado 1= Si, 2= No
 Evento temporalmente asociado referido por la persona vacunada y que cumple con los criterios de evento grave 1= Si, 2= No

VII. CUADRO CLINICO

Fecha de primer contacto con los Servicios de salud:

____ / ____ / ____
Día Mes Año

Intervalo entre la vacunación y el signo o síntoma

Fecha de inicio de primer signo o síntoma:

____ / ____ / ____ ____ ____
Día Mes Año Hora Minuto

____ ____ ____ ____ ____
Minutos Horas Días Meses Años

Descripción del ESAVI (Marque con una X el o los signos y síntomas, presentes)

Síntomas Generales: Fiebre ≥ 38 °C Cefalea Astenia/fatiga Adinamia Llanto persistente/Irritabilidad Escalofríos

REACCIÓN LOCAL

1. Induración/nódulo	<input type="checkbox"/>	15. Adenopatía	<input type="checkbox"/>	27. Tos	<input type="checkbox"/>	40. Síndrome de Guillain-Barré	<input type="checkbox"/>
2. Dolor/sensibilidad	<input type="checkbox"/>	15.a Axilar	<input type="checkbox"/>	28. Espasmo bronquial	<input type="checkbox"/>	41. Meningitis	<input type="checkbox"/>
3. Eritema/enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	15.b Cervical	<input type="checkbox"/>	29. Neumonía	<input type="checkbox"/>	42. Encefalitis	<input type="checkbox"/>
4. Edema/inflamación	<input type="checkbox"/>	15.c Supraclavicular	<input type="checkbox"/>	30. Disnea/ Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	43. Septicemia	<input type="checkbox"/>
5. Celulitis	<input type="checkbox"/>	16. Linfadenopatía	<input type="checkbox"/>	31. Púrpura trombocitopénica	<input type="checkbox"/>	44. Choque anafiláctico/Anafilaxia	<input type="checkbox"/>
6. Prurito	<input type="checkbox"/>	17. BCGosis	<input type="checkbox"/>	32. Manifestaciones hemorrágicas	<input type="checkbox"/>	45. Síncope	<input type="checkbox"/>
7. Absceso	<input type="checkbox"/>	18. Náusea	<input type="checkbox"/>	33. Choque hipovolémico	<input type="checkbox"/>	46. Síndrome de muerte súbita del lactante	<input type="checkbox"/>
8. Aumento de temperatura	<input type="checkbox"/>	19. Vómito	<input type="checkbox"/>	34. Mialgia	<input type="checkbox"/>	47. Asintomático por error técnico	<input type="checkbox"/>
GENERALES		20. Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	35. Artralgia	<input type="checkbox"/>	48. Síndrome de Stevens-Johnson	<input type="checkbox"/>
9. Mareo	<input type="checkbox"/>	21. Diarrea	<input type="checkbox"/>	36. Lesión osteoarticular	<input type="checkbox"/>	49. Otro, especifique	<input type="checkbox"/>
10. Exantema	<input type="checkbox"/>	22. Evacuaciones sanguinolentas	<input type="checkbox"/>	37. Lesión ocular	<input type="checkbox"/>		
11. Prurito	<input type="checkbox"/>	23. Invaginación intestinal	<input type="checkbox"/>	38. Crisis convulsivas	<input type="checkbox"/>		
12. Hiporexia	<input type="checkbox"/>	24. Taquicardia	<input type="checkbox"/>	38 a. Febril	<input type="checkbox"/>		
13. Edema	<input type="checkbox"/>	25. Rinorrea	<input type="checkbox"/>	38 b. Afebril	<input type="checkbox"/>		
14. Púrpura	<input type="checkbox"/>	26. Dolor faríngeo	<input type="checkbox"/>	39. Páralisis Flácida Aguda	<input type="checkbox"/>		

Descripción cuadro clínico (Fecha de inicio de signos y síntomas, semiología y evolución)

Tratamiento administrado (nombre genérico, presentación, dosis y vía de administración):

¿El familiar administró algún remedio o tratamiento previo a la atención médica? 1.-Si 2.-No

¿Cuál? _____
Nombre

VIII. TIPO DE ESAVI

Especifique el tipo de ESAVI al que corresponda: 1. NO GRAVE 2. GRAVE BIOLÓGICO ATRIBUIBLE AL ESAVI Especifique _____

IX. EVALUACIÓN DE LA CAUSALIDAD DEL ESAVI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A. Asociación causal consistente con la vacunación | <input type="checkbox"/> B. Indeterminado |
| <input type="checkbox"/> A1) Evento relacionado con la vacuna | <input type="checkbox"/> C. Asociación causal inconsistente con la vacunación (Coincidente) |
| <input type="checkbox"/> A2) Evento relacionado con un defecto en la calidad de la vacuna | <input type="checkbox"/> D. Asociación causal con las condiciones inherentes al vacunado |
| <input type="checkbox"/> A3) Evento relacionado con un error programático/técnico | <input type="checkbox"/> E. Inclasificable |

EN CASO DE ESAVI GRAVE (Será obligatorio llenar las secciones: X, XI XII y XIII; y anexar fotocopia de la Cartilla Nacional de Salud)

Requirió hospitalización: <input type="checkbox"/> 1= Sí, 2= No	Fecha de hospitalización: ____ / ____ / ____ Día Mes Año	Diagnóstico (s) de ingreso: _____
Fecha de egreso: ____ / ____ / ____ Día Mes Año	Diagnóstico (s) de egreso: _____	Días de Hospitalización: <input type="checkbox"/>
Nombre de la Unidad: _____	Institución de adscripción: _____	Clave CLUES de la Unidad: _____
Estado: _____	Jurisdicción Sanitaria: _____	Municipio: _____ Localidad: _____

XI. EVOLUCIÓN

Estado actual: 1.-Hospitalizado 2. Egreso/Alta por mejoría 3. Defunción^h

^hFecha de defunción: ____ / ____ / ____ ^hCausas de la defunción: _____ ^hFolio certificado: _____
Día Mes Año

XII. ESTADO DE SALUD ACTUAL DE LA PERSONA

Recuperación 1= Sí, 2= No Presenta secuelas 1= Si Especifique: _____ 2= No, 3= Se desconoce

Observaciones _____

XIII. ELABORACIÓN

Nombre de la Persona que elaboró el Estudio: _____	Cargo: _____
Nombre de la Persona que validó el Estudio Epidemiológico (Epidemiología): _____	Cargo: _____
Nombre de la Persona que validó el Estudio Epidemiológico (Programa de vacunación): _____	Cargo: _____