

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (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: _____
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: _____
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 Especifique 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 Semanas de Gestación: _____ ¿Se encontraba aparentemente sano antes de la vacunación? ☐ 1= Si, 2= No
¿Padece alguna enfermedad infecciosa? ☐ 1= Si, 2= No ¿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
¿Cuál o cuáles? _____
Indique el tratamiento y fecha en la que lo tomo _____
¿Los medicamentos son inmunosupresores? ☐ 1= Si, 2= No, 3= Se desconoce Tipo de medicamento: ☐ 1= Corticosteroides 2= Citotóxicos
¿Padece algún tipo de alergia? ☐ 1= Si, 2= No 1. 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. IM., 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 (DPaT+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: _____
Número de personas vacunadas con el mismo frasco: _____ Número de personas vacunadas con el mismo lote, de la(s) vacuna(s) aplicada(s): _____
Día / Mes / Año
¿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 sintoma

Fecha de inicio de primer signo o sintoma:

/

/

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

2.Dolor/sensibilidad

3.Eritema/enrojecimiento

4.Edema/inflamación

5.Celulitis

6.Prurito

7.Absceso

8.Aumento de temperatura

9.Mareo

10.Exantema

11.Prurito

12. Hiporexia

13.Edema

14.Púrpura

15.Adenopatía

15.a Axilar

15.b Cervical

15.c Supraclavicular

16.Linfadenopatía

17.BCGosis

18.Náusea

19.Vómito

20.Dolor abdominal

21.Diarrea

22.Evacuaciones sanguinolentas

23.Invaginación intestinal

24.Taquicardia

25.Rinorrea

26. Dolor faríngeo

27.Tos

28.Espasmo bronquial

29.Neumonía

30.Disnea/ Dificultad respiratoria

31. Púrpura trombocitopénica

32. Manifestaciones hemorrágicas

33. Choque hipovolémico

34.Mialgia

35.Artralgia

36.Lesión osteoarticular

37.Lesión ocular

38.Crisis convulsivas

38 a.Febril

38 b.Afebril

39. Páralisis Flácida Aguda

40. Síndrome de Guillain-Barré

41. Meningitis

42. Encefalitis

43. Septicemia

44.Choque anafiláctico/Anafilaxia

45.Síncope

46.Síndrome de muerte súbita del lactante

47. Asintomático por error técnico

48. Síndrome de Stevens-Johnson

49. Otro, especifique

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

☐ A. Asociación causal consistente con la vacunación

☐ A1) Evento relacionado con la vacuna

☐ A2) Evento relacionado con un defecto en la calidad de la vacuna

☐ A3) Evento relacionado con un error programático/técnico

☐ B. Indeterminado

☐ C. Asociación causal inconsistente con la vacunación (Coincidente)

☐ D. Asociación causal con las condiciones inherentes al vacunado

☐ 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:

☐ 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:

☐

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:

/

/

Día Mes Año

^hCausas de la defunción:

^hFolio certificado:

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: