



INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO

Evento adverso grave posterior a la vacunación



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Caso sospechoso: Persona que presenta cualquier signo, síntoma, trastorno o síndrome después de la administración de una vacuna, que cause una incapacidad, discapacidad, ponga en riesgo la vida, requiera hospitalización u ocasione la muerte, o genere clúster de eventos graves y que, la persona, sus cuidadores o los trabajadores de la salud consideren que podría atribuirse a la vacunación o proceso de inmunización.

I. INFORMACION GENERAL

Nombre completo:			
Tipo de documento:		Documento:	
Edad:		Aseguramiento:	
Departamento:		Municipio:	
Población especial o priorizada:			
Responsable del menor:			

II. ANTECEDENTES

	SI	NO	Observaciones:
Antecedente de un evento similar			
Antecedente de un evento similar posterior a aplicación de una vacuna			
Antecedente alergia a vacuna, medicamento, alimento			
Antecedente patológico			
Antecedentes clínicos últimos 30 días			
Antecedente de toma de medicamentos			
Otro tratamiento			
Antecedente de hospitalización en los últimos 30 días			
Antecedente familiar			
Gestante			
Antecedente de COVID-19			

III. RECUESTO ATENCIONES EN SALUD

Escriba cronológicamente la presentación de los hallazgos más importantes del desarrollo del evento (día de vacunación, inicio de síntomas, descripción de los síntomas, medicamentos administrados y acciones realizadas por el cuidador (anexar historia clínica))

Fecha de inicio de síntomas:

Síntomas:

Tratamiento y evolución:

IV. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DEL EVENTO

¿Antes de la aplicación de la vacuna como era el estado de salud?

Sano: _____ Síntomas Gripales: _____ Fiebre: _____
 Diarrea: _____ Vómito: _____ Otro: _____

Sintomatología local

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Se le puso duro el sitio de aplicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿El sitio donde le aplicaron la vacuna estaba caliente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Presentó salida de algún tipo de líquido el lugar de la aplicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Describe cómo era el líquido:			_____
¿Observó enrojecimiento del sitio de aplicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Observó algún tipo de brote o salpullido en la zona de aplicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Presentó dolor al movimiento del brazo o pierna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Observó inflamación el sitio de la aplicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sintomatología sistémica

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Presentó fiebre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Le dio algún tratamiento para controlarla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Convulsionó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

FECHA DE VACUNACION:	Número de dosis:	Punto de vacunación
Biológicos administrados (marca, fabricante, lote)		Lugar administración

Presentación de casos similares relacionados:

IV. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DEL EVENTO

Estado final del paciente

<input type="checkbox"/>	Recuperado sin secuelas	
<input type="checkbox"/>	Recuperado con secuelas	
<input type="checkbox"/>	Muerte	Fecha de defunción: ____/____/____

Clasificación final:

	Marque con una X	JUSTIFICACIÓN
Atribuido a los componentes de la vacuna	<input type="checkbox"/>	_____
Atribuido al programa de inmunización	<input type="checkbox"/>	_____
Coincidente	<input type="checkbox"/>	_____
Relacionada con un defecto de la calidad de la vacuna	<input type="checkbox"/>	_____
Relacionada con la ansiedad asociada a la vacuna	<input type="checkbox"/>	_____
No concluyente	<input type="checkbox"/>	_____

PERSONA QUE REALIZA LA INVESTIGACIÓN:

Nombre / Institución : _____
 Firma: _____

PERSONA QUE RECIBE LA VISITA:

Nombre / Institución : _____
 Firma: _____
 Fecha: _____

* El seguimiento del punto de vacunación y vacunador está a cargo del Programa Ampliado de Inmunización
 * El seguimiento de los biológicos está a cargo del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos