|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA EL LLLENADO DEL REPORTE** | | | | | |  | **INFORMACIÓN DEL SITIO EN DONDE SE APLICÓ LA VACUNA** | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA EL LLLENADO DEL REPORTE**  **Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  País: Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad Estado CP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel: Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Relación con el paciente:**   * Es el paciente ☐ Familiar ☐ Otro * Profesional de la salud (seleccione):   ☐ Médico ☐ Enfermero(a) ☐ Equipo de salud  ☐ Otro: | | | | | | **Tipo de facilidad:** ☐ Consultorio ☐ Sitio de inmunización ☐ Hospital Privado   * Farmacia ☐ Lugar de trabajo ☐ Clínica del sector salud * Escuela ☐ Sitio de cuidados especiales / Casa de retiro (adultos mayores)   ☐ Otro (detalle): | | | | | | | | | | | | |
| **Facilidad/Nombre de la clínica**:  País:  Domicilio:  Ciudad: Estado: Código postal:  Teléfono: E-mail: | | | | | | | | | | | | |
| **Datos del Médico tratante/Prof. de la salud a contactar respecto al ESAVI**: Tel: Celular: E-mail: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE LA VACUNA Ad5-nCoV (Convidecia- CanSino)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vacuna (tipo/marca) | Fabricante |  | No. de Lote / F. Caducidad | | Vía de Admin. | | |  | Calibre de la aguja | | | | Dosis (mL) | Sitio de aplicación | | No. de dosis (si aplica) | Fecha / Hora de admin. | |
|  |  |  |  | |  | | |  |  | | | |  | * Izq. * Der. | | Dosis 1 | / /  : ☐ am ☐ pm | |
| **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Iniciales: | **Género:** ☐ Masculino   * Femenino ☐ Se desconoce | | | | | Raza (seleccione lo que aplique): ☐Blanca ☐ Mestiza☐ Indígena: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Se desconoce ☐ Otro: | | | | | | | | | | | | |
| ¿Mujer embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Edad a la vacunación o fecha de nacimiento:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Talla: centímetros  Peso: kilogramos | | | | | | Alergia a medicamentos, comida u otros productos: | | | | | | | | | | |  | |
| **HISTORIA MÉDICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Enfermedades agudas en el momento de la vacunación**  **y hasta un mes antes:** ☐ Ninguna ☐ Desconocido | | | | | | | | | | | **Fecha de inicio**  (DD/MMM/AAAA)  **……../……./……** | | | | **¿Continúa?** | | | **Fecha de término**  (DD/MMM/AAAA)  **……../……./……** |
| **Historia de reacción alérgica previa:**  **¿El paciente tiene historia de reacciones alérgicas, o de**  **hipersensibilidad?**  ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce  **Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ DD/MMM/AAAA**  **En caso afirmativo, indique si estos se observan en relación con vacunas / inmunizaciones anteriores.**  ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce  **Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ DD/MMM/AAAA** | | | | | | | | | | | | **Por favor, identifique si el paciente tiene antecedentes de alguna de las siguientes condiciones médicas.**  Anafilaxis ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce Reacciones de Hipersensibilidad ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce  Asma ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce  Fiebre del heno ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce  Urticaria / ronchas ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce  Epilepsia/ enfermedad cerebral/convulsiones ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce  Hipertensión ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce  Diabetes ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce  Cardiopatía (por favor especifique) ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce  Enfermedad pulmonar (por favor especifique) ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce  Enfermedad hepática (por favor especifique) ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce  Enfermedad renal (por favor especifique) ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce  Trastorno inmunosupresor (por favor especifique) ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce | | | | | | |
| **Signos y síntomas concurrentes y afecciones de salud crónicas o de larga duración**  ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce | | | | **Fecha de inicio**  (DD/MMM/AAAA) | | | | | | **¿Cambio reciente en el estado de una enfermedad crónica (es decir, un empeoramiento o una mejora significativa; cambios en el tratamiento, ¿etc.)? En caso afirmativo, describa.** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicamentos de prescripción o sin receta, suplementos alimenticios o remedios herbolarios consumidos antes, o al momento de la vacunación y después del ESAVI / preocupación de seguridad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ Ninguno ☐ Desconocido | | | | | | | | | |  | | | |
| Nombre del producto: | | Formulación/ Frecuencia | | Vía de admin. | Indicación de uso | | | Fecha de inicio (DD/MMM/AAAA) | | | ¿Continúa? | | Si ya no lo toma, fecha de término: |
|  | |  | |  |  | | | / / | | | * Sí ☐ No | | / / |
| **OTRAS VACUNAS ADMINISTRADAS EL MISMO DÍA QUE LA VACUNA Ad5-nCoV (Convidecia-CanSino)** | | | | | | | | | | | | | |
| Vacuna (tipo/marca) | Fabricante | | No. de Lote | | | Vía de admin. | Sitio de inyección | | | | | No. de dosis en series | |
|  |  | |  | | |  |  | | | | |  | |
| **HISTORIA PREVIA DE INMUNIZACIÓN** | | | | | | | | | | | | | |
| Vacuna (tipo/marca) | Fabricante | | No. de Lote | | | Vía de admin. | Sitio de inyección | | No. de dosis en series | | | Fecha de administración (dd/mmm/aaaa) | |
|  |  | |  | | |  |  | |  | | | / / | |
|  |  | |  | | |  |  | |  | | | / / | |
| **INFORMACIÓN DEL ESAVI O PREOCUPACIÓN DE SEGURIDAD** | | | | | | | | | | | | | |

¿El paciente mostró signos o síntomas de disfunción nueva / empeoramiento en alguna de las siguientes categorías?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Disfunción cardiovascular? .**  Infarto agudo de miocardio  Arritmia  Choque Cardiogénico  Insuficiencia cardiaca  MI （Infarto de miocardio）  Miocarditis (incluida pericarditis)  STEMI (para infarto de miocardio con elevación del ST)  Muerte súbita  Síndrome de Takotsubo (miocardiopatía por estrés) | ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí | Fecha de inicio:  Fecha de término: |

En caso de contar con algunos de los siguientes paraclínicos, favor de adjuntar sus resultados.

|  |
| --- |
| **Pruebas diagnósticas de imagenología.** |
| Prueba para detección de SARS-CoV-2 mediante PCR. |
| Imagenología torácica de neumonía por COVID (p. ejem. Rx, TC) |
| Otros estudios radiológicos (p. ejem. MRI, angiograma, V/Q scan) |
| Imagenología específica para eventos tromboembólicos (p. ejem. Doppler o TC) |
| **Pruebas de laboratorio** |
| Hematología (cuenta leucocitaria que incluya: neutrófilos y linfocitos con cuenta de CD4 y CD8), hemoglobina, cuenta plaquetaria, parámetros de coagulación [PT, PTT, Dímero-D, INR], fibrinógeno, ensayos de función celular de linfocitos B y T. |
| Química clínica: creatinina en Suero, tasa de filtración glomerular, pruebas de función hepática: bilirrubina, albumina, péptido natriurético tipo B, troponina, ALT，AST, ALP |
| Marcadores inflamatorios: PCR, procalcitonina, ferritina, LDH, citocinas (IL\_6), ESR, |
| Examen general de orina |
| Gasometría arterial complete: |
| Otros estudios relevantes |