|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Convidecia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 Convidecia** | | | | | | | | | | | | | |
| 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?

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Alteración respiratoria? | ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí  ☐ No ☐Sí |
| Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)  Insuficiencia respiratoria aguda  Asma  Broncoespasmo o sibilancias  Tos  Insuficiencia respiratoria  Disnea  Taquipnea  Hipoxemia  COVID-neumonía  Otra especificar: |
|
|
|
|
|

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 |