

MINISTERIO DE SALUD
SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
Formulario de Eventos Supuestamente atribuidos a la vacunación o
inmunización (ESAVI)
CONFIDENCIAL



1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Cédula: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____
 Signos vitales: PA _____ FC _____ FR _____ T° _____

Antecedentes de importancia. Marque la que corresponda.

Alergias, A qué: _____ Tabaquismo, Frecuencia _____ Renal _____ GI _____
 Embarazo, Semanas _____ Diabetes _____ Cardíaco _____ Piel _____
 Alcohol, Frecuencia _____ HTA _____ Respiratorio _____ Neurológico _____
 Drogas, Cuál _____ Hepático _____ Hematológico _____ Otros: Especifique _____

2. DATOS DEL (O LAS) VACUNA (S) SOSPECHOSA (S):

Nombre de la vacuna	Lugar y vía de administración	Número de dosis	Fecha de aplicación	Laboratorio Fabricante / País de Origen	Lote/ Fecha de Expiración	Registro Sanitario	Diagnóstico que motiva la prescripción
1.							
2.							

3. SOSPECHA DEL EVENTO (S) ADVERSO (S):

Eventos

Reacción alérgica Lipotimia o flacidez Reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento)
 Reacción anafiláctica Neumonía Irritabilidad
 Fiebre Trombocitopenia Exantema
 Absceso Episodio de hipotonía Otras (especifique): _____

Fecha de inicio del evento: _____ Fecha de finalización del evento: _____

A. Recuperado con secuelas, B. Recuperado sin secuelas, C. En recuperación, D. No recuperado. E. Desconocida. F. Mortal

Consecuencia de la reacción. Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda:

Considera usted que los eventos que comunica...

Han puesto en peligro la vida Han causado defecto o anomalía congénita
 Han sido la causa de hospitalización Han causado la muerte del paciente
 Han prolongado la estancia en el hospital No han causado nada de lo anterior, pero considero que es grave
 Han originado incapacidad persistente o grave No han causado nada de lo anterior y considero que NO es grave

Amerito tratamiento Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DEL EVENTO (S):

Recibió medicamentos post-vacunales: Sí No
 Si su respuesta es Sí, mencionar cuales fueron: _____

Que tiempo después de recibir la vacuna presento el evento:
 menos de 1 hora 1 a 12 horas
 >12 a 24 horas más de 24 horas

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA (incluyendo medicina tradicional, medicamentos prescritos, automedicación, terapias alternativas, etc.)

Medicamentos	Dosis, Vía y Frecuencia de Administración	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Diagnóstico que motiva la prescripción
		(Si el tratamiento es crónico indíquelo)		

6. Observaciones (Datos de Laboratorio y Otros)

Notificador (Profesión): Médico Farmacéutico Enfermera
 Otros _____
 Nombre del Notificador: _____
 Instalación de Salud: _____
 Provincia o Región de Salud: _____
 Fecha de notificación: _____ Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____
 Firma: _____

Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail fvigilancia@mins.gob.pa, pero luego debe igualmente enviar el formulario original. Sin embargo, recuerde que en lugar de este formulario está disponible la plataforma de notificación en línea, Noti-Facedra (<https://www.notificacentoamerica.net>).

ANEXO
Formulario de notificación



MINISTERIO
DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS
CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

REPORTE!

- ✓ La farmacovigilancia es un deber y responsabilidad de todos.
- ✓ Un Evento Supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI) es cualquier situación de salud (signo, hallazgo anormal de laboratorio, síntoma o enfermedad) desfavorable, no intencionada que ocurre luego de la vacunación o inmunización y que no necesariamente tiene una relación causal con el proceso de la vacunación o con la vacuna (OMS).
- ✓ Los profesionales de la salud deben notificar toda sospecha de reacción adversa de la que tengan conocimiento durante su práctica habitual.
- ✓ Este formulario de notificación de sospecha de ESAVI es una herramienta fundamental del Sistema Nacional de Farmacovigilancia para conocer el comportamiento de las vacunas que utiliza la población. No tiene como fin evaluar el ejercicio profesional del médico, ni tiene carácter punitivo. Por lo cual, se le exhorta a notificar sus sospechas de ESAVI.

Instrucciones generales

Lea con atención este formulario. Procure utilizar letra legible y clara.

Datos del paciente: Para evitar duplicación de notificaciones, se necesitan el nombre, apellido y cédula del paciente. Complete la totalidad de los datos solicitados en cada apartado.

La información suministrada será de uso confidencial.

Notifique en la primera línea la vacuna que considere más sospechosa de haber producido el evento adverso, o bien coloque un asterisco junto al nombre de los medicamentos sospechosos, si considera que hay más de uno involucrado.

Indique el nombre del laboratorio fabricante de la vacuna, el número de lote, fecha de expiración y de registro sanitario.

Anote todos los demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores a la aparición de la reacción notificada.

Indique las fechas de inicio y final del tratamiento de los medicamentos, así como la fecha de inicio y final de aparición de los eventos notificados.

Para uso exclusivo del Centro Nacional de Farmacovigilancia

Fecha de ingreso: _____

Codificación: _____