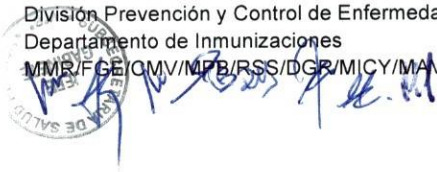




Gobierno de Chile

57

Subsecretaría de Salud Pública
División Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Inmunizaciones
MMR/FCE/ICMV/MPB/RSS/DGR/MICY/MAV/mnh



3021

ORD B27N° _____/

ANT.: Ord. 54 N° 447, del 05/02/2013, MINSAL
R.E. N° 408 de marzo de 2022; Subsal. Pública.

MAT.: Refuerza notificación Errores Programáticos (EPRO).

SANTIAGO, 29 JUN 2022

DE : SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

El Departamento de Inmunizaciones, en su proceso de actualización de los distintos niveles de la red, y con el fin mantener el flujo de las notificaciones de Errores Programáticos (EPRO) de acuerdo a lo definido en la "Guía de Vacunación Segura/Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI y EPRO" y en el documento "Vigilancia de Errores Programáticos (EPRO), Vacuna contra SARS-CoV-2", solicita reforzar a los vacunatorios públicos y privados en convenios del país, que estas deben realizarse a través del formulario oficial, desde el nivel ejecutor, a las/los referentes del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) en cada Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud y/o Servicios de Salud, quienes deben remitir esta notificación al correo electrónico: **epro@minsal.cl**

Se les solicita realizar amplia difusión de este documento, con el fin de que esta información sea conocida por todos los niveles y equipos de salud.

Sin otro particular, saludan atentamente,



DR. CRISTOBAL CUADRADO NAHUM
SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA

DISTRIBUCIÓN:

- Secretarías/os Regional Ministerial de Salud
- Directoras/es Servicio de Salud
- Encargada PNI SEREMI de Salud del país.
- Encargada PNI Servicio de Salud del país
- Subsecretaría de Salud Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- DIPRECE
- DIVAP
- ISP
- Departamento de Inmunizaciones
- Oficina de Partes y Archivo



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI) O ERROR PROGRAMÁTICO.

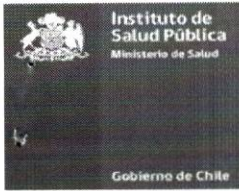
Marque con una cruz si está notificando:
1. ESAVI: _____ **Error Programático:** _____

2.- DATOS GENERALES DEL PACIENTE							
Fecha de Notificación: ____/____/____ (DD/ MM/AAAA)							
Identificación del paciente (Iniciales) :				Comuna (Paciente):			
Establecimiento donde recibió las vacunas/Región:							
Establecimiento que notifica/ Servicio de Salud:							
Sexo: M [] F [] ¿Está embarazada? SI [] NO [] Semanas de gestación:							
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ (DD/ MM/AAAA)				Edad : ____/____/____ (AA/ MM / DD)			
Declara pertenencia de pueblo indígena <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
00	Ninguno	04	Colla	08	Rapa Nui	12	No responde
01	Alcalufe (kawashkar)	05	Diaguita	09	Yámana (Yagán)	13	No es posible preguntar el dato
02	Atacameño (Lickan Antay)	06	Mapuche	10	No sabe		
03	Aimara	07	Quechua	11	Otro pueblo originario declarado:		
Fecha de Vacunación: ____/____/____ (DD/ MM /AAAA)							
Tiempo transcurrido entre la vacunación y la aparición de síntomas: Días:____Horas:____Minutos:____							
3.- RELATO DEL ERROR PROGRAMÁTICO (llenar solo en caso de tratarse de Error Programático)							
4.- TIPO DE ERROR PROGRAMÁTICO (llenar sólo en caso de tratarse de Error Programático)							
Se administró una vacuna no estéril		Se administró a un paciente incorrecto					
Se almacenó vacuna de forma incorrecta		Se registró de vacuna administrada en ficha o carnet paciente incorrecto					
Se contaminó la aguja o la jeringa		Se rompió la cadena de frío durante el transporte					
No se respetó una contraindicación de la vacuna		Se usó material vencido					
Se diluyó de forma incorrecta		Se administró una vacuna incorrecta					
Se usó un diluyente incorrecto		Se usó una vía de administración incorrecta					
Se administró una dosis incorrecta		Se administró en una zona del cuerpo incorrecta					
Se administró a un paciente de edad incorrecta		Otras ¿Cuáles?:					
No se verificó el empaque							

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI) O ERROR PROGRAMÁTICO.

5- VACUNA(S) ADMINISTRADA(S) complete cada ítem referente a la vacuna administrada

Vacuna Marque con una X la(s) vacuna(s) que administró.	Dosis Marque con una x la dosis administrada					Marca comercial	Lote	Fecha de Vencimiento	Sitio administración	Vía administración
	1ª	2ª	3ª	Otra ¿Cuál?						
				4ta	5ta					
Antirrábica										
BCG										
dT										
dTpa										
Fiebre amarilla										
Hepatitis A										
Hepatitis B				Refuerzo						
Influenza Estacional										
Inmunoglobulina Antirrábica										
Inmunoglobulina Antitetánica										
Meningocócica (A, C, Y, W-135)										
Neumocócica.										
Pentavalente										
Polio Inyectable										
Polio oral										
SRP (Tres vírica)										
Toxoide Tetánico										
VPH										
Otra ¿Cuál?:										



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI) O ERROR PROGRAMÁTICO.

6.- EFECTOS EN EL PACIENTE, Marque con una X según corresponda

SI [] **NO** [] **Desconocido** []

7.-TIPOS DE EFECTOS EN EL PACIENTE:

Manifestaciones Locales:

Dolor en el sitio de inyección	Tumefacción en el sitio de inyección	Enrojecimiento en el sitio de inyección	
Absceso	Celulitis	Necrosis	
Adenopatía Axilar	Adenopatía Supraclavicular	Otras ¿Cuáles?	

Manifestaciones Sistémicas:

Prurito	Fiebre (T° axilar >38.5°C)	Shock	
Urticaria	Lipotimia	Encefalitis	
Palidez	Dificultad respiratoria	Artralgia	
Cefalea	Convulsiones	Paresia extremidades superiores	
Fatiga	Trastorno de la marcha	Paresia extremidades inferiores	
Llanto incontrolable	Edema facial	Edema generalizado	
Anafilaxia	Otras ¿Cuáles?		

Describa manifestaciones locales y/o sistémicas

8.- MEDICAMENTOS QUE ESTABA RECIBIENDO EN FORMA CONCOMITANTE A LA VACUNACION:

¿Recibió algún Fármaco Concomitante?

SI [] **NO** [] **Desconocido** []

Nombre del fármaco <i>Ej. Ibuprofeno</i>	Dosis Cantidad: <i>Ej: 200mg cada 12h</i>	Periodo de Tratamiento <i>18/09/2012 a 20/09/2012</i>

9.- EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

<p>Requirió tratamiento médico y/o farmacológico: [] Sí [] No</p> <p>Describe: _____</p>	<p>Exámenes de Laboratorio realizados [] Sí [] No (registrar información relevante o exámenes y sus resultados):</p> <p>_____</p>
---	--

Requirió hospitalización: [] Sí [] No Establecimiento: _____

Diagnóstico médico de Ingreso: _____

Diagnóstico médico Actual: _____

Diagnóstico médico de Egreso: _____

Estado Actual del paciente: Recuperado [] No recuperado [] Fallecido [] (Fecha: ____/____/____)
(DD) (MM) (AAAA)



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI) O ERROR PROGRAMÁTICO.

10.-SEGUIMIENTO DEL PACIENTE. Descripción:

11.-Antecedentes Notificador

Notificado por: Médico Enfermera Técnico Paramédico Otro (Señalar):

Nombre:

Centro Asistencial:

Fono:

Correo electrónico:



INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI) Y ERRORES PROGRAMATICOS.

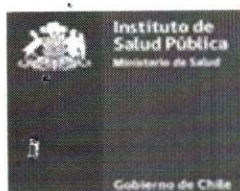
Lo primero a considerar en el llenado de este formulario es que se trata de un documento oficializado, que se ha distribuido en formato Word para comodidad del usuario, por tanto se encarece que se completen los campos sin realizar modificación de formato o eliminación de secciones

El notificador deberá completar cada una de las secciones del formulario, si desconoce el dato señalar "desconocido".

1.-EVENTO NOTIFICADO: marque con una cruz el evento a notificar según corresponda a ESAVI o EPRO.

2.-DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

- **Identificación del paciente:** indicar las iniciales de los nombres y apellidos del paciente. Se recuerda que la información es absolutamente confidencial.
- **Código Identificador del paciente:** será asignado por el propio centro a modo de poder identificar el paciente a nivel local es importante para confirmación del caso o seguimiento del mismo.
- **Comuna:** Señalar la comuna en la que vive el paciente.
- **Región:** Señalar la región en la que vive el paciente.
- **Establecimiento donde recibió las vacunas:** Indicar establecimiento donde se administró la vacuna al paciente. Ej. Hospital, Consultorio, CESFAM, CECOF, Colegio u otro.
- **Establecimiento que notifica:** Nombre del centro asistencial que está realizando la notificación del ESAVI.
- **Servicio de Salud:** Indicar a que Servicio de salud corresponde el establecimiento que notificar. (Información necesaria para confirmar datos o hacer un seguimiento)
- **Sexo:** Indicar con una X femenino o masculino
- **Fecha de Nacimiento:** Expresar en días/mes/años.
- **Edad:** Utilizar años (AA) y meses (MM). Si el paciente es menor de un mes indicar días (DD).
- **Pueblo indígena declarado:** Se debe consultar al paciente o al familiar responsable de la siguiente forma: ¿Pertenece usted (el paciente) a alguno de los siguientes pueblos indígenas: Alacalufe o Kawashkar, Atacameño o Lickan Antay, Aimara, Colla, Diaguita, Mapuche, Quechua, Rapa Nui, Yámana o Yagán? Luego de esto debe registrarse la respuesta en el formulario, utilizando el código de 2 dígitos correspondiente, según el siguiente esquema:
 - 00: El paciente no pertenece a ningún pueblo originario.
 - 01 a 09: El paciente pertenece a alguno de los pueblos originarios listados. El código específico se elige de acuerdo a la tabla de codificación que se encuentra en el formulario de notificación.
 - 10: El paciente no sabe si pertenece o no a algún pueblo originario, o a qué pueblo originario pertenece.
 - 11: El paciente pertenece a un pueblo originario que no está incluido en la lista de codificaciones. En este caso debe registrarse en el formulario el pueblo originario al que pertenece, a continuación de la frase "Otro pueblo originario declarado:".
 - 12: El paciente no responde.
 - 13: No es posible preguntar el dato. Esto puede ocurrir tanto porque el paciente no está presente al momento de efectuar el reporte como por otras circunstancias.



INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI) Y ERRORES PROGRAMATICOS.

- **Fecha de vacunación:** Indicar día (DD), Mes (MM) y Año (AA)
- **Tiempo transcurrido entre la vacunación y el inicio de los síntomas:** Indicar días, horas y minutos, según corresponda.

3.-ERROR PROGRAMATICO:

Relato del Error Programático: Describir cual fue el evento presentado y las acciones tomadas

4.-TIPO DE ERROR PROGRAMÁTICO: Marque con una X el o los errores programáticos que esta notificando. Si el error programático no está incluido en el listado agréguelo en el ítem *Otros*.

5.-DATOS DE VACUNAS ADMINISTRADAS

- Marque con una X la (s) vacuna (s) que está notificando. Si la vacuna no está incluida en el programa agréguela en el ítem que indica: *Otra, ¿Cuál?*,
- Marque con una X la dosis administrada y complete los antecedentes de: marca, lote, fecha de vencimiento, sitio de la administración de la vacuna (ej.: extremidad superior derecha o músculo deltoides derecho) y la vía de administración (ejemplo: intramuscular).
Si las vacunas administradas en la misma sesión son dos o más, complete los datos para cada vacuna administrada.

6.-EFECTOS EN EL PACIENTE

En esta sección es importante señalar si se han presentado manifestaciones en el paciente supuestamente atribuibles al error programático o a la inmunización, marcar con una X según corresponda

7.-TIPOS DE EFECTOS EN EL PACIENTE

Marque con una X el casillero correspondiente según sea una manifestación local o sistémica. En caso de que la manifestación no se encuentre detallada marque la opción: *Otras ¿Cuáles?* y describa brevemente, ya sea reacción local o sistémica.

Describe detalladamente cuáles fueron los signos o síntomas que considere puedan estar relacionados con la administración de la vacuna. Describe el evento resumiendo toda la información clínica relevante.

8.- MEDICAMENTOS QUE ESTA RECIBIENDO EN FORMA CONCOMITANTE

Describe que fármacos está recibiendo el paciente al momento de ser vacunado. Registre el nombre del fármaco, la dosis y la fecha de Inicio del tratamiento con ese medicamento.

9.- EVOLUCIÓN DEL PACIENTE Indique con una X si el paciente:

- Requiere de tratamiento para el manejo de su ESAVI y describa cuál fue el tratamiento.
- Requirió hospitalización y señale el nombre del Establecimiento y el Número de ficha.
- En el caso que se le realizaran exámenes de laboratorio, adjunte los resultados relevantes
- Resultado del ESAVI, indique si el paciente está: recuperado, no recuperado o fallecido. En este último caso indique la fecha.
- **Diagnóstico médico de ingreso, diagnóstico médico actual y diagnóstico de egreso.**

10.-SEGUIMIENTO DEL PACIENTE:

Señale tiempo transcurrido desde la notificación inicial del evento y detalle cual es la condición actual del paciente si se encuentra recuperado, no recuperado, con secuelas, si está bajo tratamiento o si requiere continuar bajo observación.

11.-NOTIFICADO POR:

Indique nombre, profesión, establecimiento al que pertenece, teléfono y correo electrónico de quien realiza la notificación del ESAVI, es importante en caso de requerir mayor información del paciente.

(Esta información será de gran utilidad para obtener información adicional en el caso que sea necesario).