|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ANTECEDENTES DE LA NOTIFICACIÓN** | | |
| **Fecha de Notificación:** | | |
| 1. **DATOS DEL USUARIO** | | |
| **Nombre completo:** | | **Sexo: M [ ] F [ ] Intersex/Indeterminado [ ]** |
| **Documento de identificación:**  **RUN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pasaporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **Fecha de nacimiento:**  **Edad:** | | **¿Embarazo? SI [ ] NO [ ]**  **Semanas de gestación:** |
| **Comuna de residencia:** | | **Región:** |
| **Declara pertenencia de pueblo indígena:**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **00** | **Ninguno** | **04** | **Colla** | **08** | **Rapa Nui** | | **01** | **Alacalufe (kawashkar)** | **05** | **Diaguita** | **09** | **Yámana (Yagán)** | | | **02** | **Atacameño (Lickan Antay)** | **06** | **Mapuche** | **10** | **Otro:** | | **03** | **Aimara** | **07** | **Quechua** | | | |
| 1. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR** | | |
| **Establecimiento que notifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Región: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Servicio de Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **Establecimiento donde recibió las vacunas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Región: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Servicio de Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| 1. **ANTECEDENTES DEL EPRO** | | |
| **Fecha de vacunación:** | **Hora de vacunación:** | |
| **Relato del evento (describir con letra legible y ordenada: dónde, cuándo, motivo y cómo ocurre el error):** | | |
| **Tipo de EPRO: Marque con una X según corresponda**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **No se respetó una contraindicación de la vacuna** |  | **Administración de vacuna incorrecta según esquema** |  | | **Dilución/Reconstitución de una vacuna de forma incorrecta** |  | **Administración de dosis extra** |  | | **Se administró una dosis (ml) incorrecta** |  | **Administración de vacuna en un sitio incorrecto** |  | | **Administración de vacuna a paciente de edad incorrecta** |  | **Vía de administración incorrecta** |  | | **Administración de una vacuna en cuarentena o no apta para su uso** |  | **Registro incorrecto** |  | | **Vacuna fuera de fecha de vigencia** |  | **Vacuna fuera de rango de temperatura (QCF)** |  | | **Paciente incorrecto** |  | **Intervalo incorrecto** |  | | **Se utilizó material contaminado** |  |  |  | | | |
| **Vacuna(s) administrada(s). Complete cada ítem referente a la vacuna administrada.**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **VACUNA** | | | | | | | **DILUYENTE (si aplica)** | | | | | **Vacuna** | **Nº Dosis** | **Marca comercial** | **Lote** | **Fecha de Vencimiento** | **Vía de administración** | **Sitio de administración** | **Nombre** | **Lote** | **Fecha de vencimiento** | **Tiempo de reconstitución** | | **Vacuna SARS-CoV-2**  **Sinovac** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Vacuna SARS-CoV-2**  **Pfizer – BioNTech** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Vacuna SARS-CoV-2**  **Pfizer – BioNTech**  **(Pediátrica)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Vacuna SARS-CoV-2**  **AstraZeneca** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Vacuna SARS-CoV-2**  **Cansino Biologics** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Vacuna SARS-CoV-2**  **Moderna** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **BCG** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Hepatitis B** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Hexavalente** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Neumocócica conjugada** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **SRP (Tres vírica)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Meningocócica**  **(A, C, Y, W-135)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Hepatitis A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Varicela** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Fiebre amarilla** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **dTpa** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **VPH (tetravalente)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Neumocócica Polivalente** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Influenza Estacional** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Toxoide diftérico tetánico** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | [**Antirrábica**](http://vacunas.minsal.cl/?page_id=888) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Rotavirus** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Meningocócica**  **Grupo B** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Otra ¿Cuál?:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| |  | | --- | | 1. **ANTECEDENTES RELEVANTES** | | **¿Usuario recibió atención médica? SI [ ] NO [ ]** | | **¿Se informa a Director y jefatura del centro de salud la ocurrencia del EPRO? SI [ ] NO [ ]** | | **¿Se informa a padres, cuidadores y/o usuario afectado una vez detectado el EPRO? SI [ ] NO [ ]** | | **Indicaciones entregadas:**  **\***  **\***  **\***  **\***  **\***  **\***  **\***  **\*** | | **¿Se inicia seguimiento del estado de salud del afectado/a? SI [ ] NO [ ]** | | **¿Cuál fue la vía de seguimiento?**  **Telefónico: [ ] Citación al centro de salud: [ ] Visita domiciliaria: [ ]** | | **¿Usuario tuvo manifestaciones post vacunación? SI [ ] NO [ ]** | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **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? | | | | | **¿Se notificó como ESAVI? SI [ ] NO [ ]** | | | | | | | **¿Requirió tratamiento médico y/o farmacológico? SI [ ] NO [ ]**  **Describa:** | | | | | | | **¿Requirió exámenes de laboratorio? SI [ ] NO [ ] (registrar información relevante o exámenes y sus resultados)** | | | | | | | **¿Requirió hospitalización?**  **SI [ ] NO [ ]** | | | | | | | | 1. **RESOLUCIÓN** | | **- El notificador, ¿logró obtener indicaciones desde el Lineamiento Técnico Operativo, según tipo de vacuna con la que se ocasionó el EPRO? SI [ ] NO [ ]** | | **- ¿Solicito directriz a SEREMI o Servicio de Salud? SI [ ] NO [ ]**  **Describa su consulta:** | | 1. **ANTECEDENTES NOTIFICADOR** | | **Notificado por: [ ] Médico [ ] Enfermera [ ] Técnico Paramédico [ ] Otro (Señalar):**  **Nombre del profesional: RUN del profesional:**  **Fono: Correo electrónico:**  **Centro Asistencial:** |   **EL PROCESO DE VACUNACIÓN ANTECEDENTES DEL ERROR EN EL PRO ANTECEENTES DEL ERROOCESO DE VACUNACIÓN CESO DE VACUNACIÓN** | | |