|  |
| --- |
| 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** |