

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)

1. ANTECEDENTES DE LA NOTIFICACIÓN

Fecha de Notificación: _____

2. DATOS DEL USUARIO

Nombre completo: _____ Sexo: M F Intersex/Indeterminado

Documento de identificación:

RUN: _____ Pasaporte: _____ Otro: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Embarazo? SI NO

Edad: _____

Semanas de gestación: _____

Comuna de residencia: _____

Región: _____

Declara pertenencia de pueblo indígena:

| | | | | | |
|----|--------------------------|----|----------|----|----------------|
| 00 | Ninguno | 04 | Colla | 08 | Rapa Nui |
| 01 | Alcalufe (kawashkar) | 05 | Diaguita | 09 | Yámana (Yagán) |
| 02 | Atacameño (Lickan Antay) | 06 | Mapuche | 10 | Otro: |
| 03 | Aimara | 07 | Quechua | | |

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento que notifica: _____

Región: _____ Servicio de Salud: _____ Comuna: _____

Establecimiento donde recibió las vacunas: _____

Región: _____ Servicio de Salud: _____ Comuna: _____

4. 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 | | |

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)

5. 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 []

Describe:

¿Requirió exámenes de laboratorio? SI [] NO [] (registrar información relevante o exámenes y sus resultados)



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES PROGRAMÁTICOS (EPRO)

¿Requirió hospitalización? SI NO

6. 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:

7. ANTECEDENTES NOTIFICADOR

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

Nombre del profesional:

RUN del profesional:

Fono:

Correo electrónico:

Centro Asistencial: