

Diagnóstico inicial: _____ ESAVI: SI ☐ NO ☐

28	Antecedente vacunal:	Sí	No	Desconoce																																																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">Vacunas</th> <th style="width: 15%;">Dosis 1°, 2°, 3° o ref.</th> <th style="width: 15%;">Vía Aplic</th> <th style="width: 15%;">Sitio o lugar</th> <th style="width: 15%;">Fecha Aplic</th> <th style="width: 15%;">Fabricante</th> <th style="width: 15%;">N° de lote</th> <th style="width: 15%;">Fecha Expiración</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Vacunas	Dosis 1°, 2°, 3° o ref.	Vía Aplic	Sitio o lugar	Fecha Aplic	Fabricante	N° de lote	Fecha Expiración																																											
Vacunas	Dosis 1°, 2°, 3° o ref.	Vía Aplic	Sitio o lugar	Fecha Aplic	Fabricante	N° de lote	Fecha Expiración																																													
	Otras: _____																																																			
29	Fuente de información:	Carnet de vacunación:	☐	Registro unidad de Salud	☐	Verbal:	☐																																													
30	En caso de ser un ESAVI Cual fue la vacuna sospechosa: _____																																																			
31	Signos y síntomas previos a la inmunización (ultimas 72 horas):			SI ☐	NO ☐	Especifique: _____																																														
32	Antecedentes patológicos previos a la vacunación:																																																			
	Enfermedades Neurológicas: (epilepsia, convulsiones, parálisis cerebral, otras especifique) _____																																																			
	Alergias (medicamentos, alimentos (huevo de gallina), otras, especifique): _____																																																			
	Inmunodeficiencias (neoplasias, VIH/sida, otras): _____																																																			
	Uso de medicamentos (corticoides, medicina alternativa, otras): _____																																																			
	¿Ha presentado evento adverso anterior: _		SI ☐	NO ☐	Ignorado ☐																																															
	Describa la característica más relevante: _____																																																			
	¿Con cuál vacuna? _____																																																			
33	Fecha de última dosis:				34	N° de dosis recibidas																																														
		día	mes	año																																																
35	Vía de Administración																																																			
		IM ID SC VO																																																		
36	Tipo de Jeringa utilizada:	Jeringa descartable:	☐	Jeringa autodestruible:	☐																																															
37	Edad de aplicación de la vacuna sospechosa: _____			38	Tiempo transcurrido entre la aplicación y los síntomas: _____																																															
39	Nombre de la unidad donde se aplicó la vacuna: _____					41	N° de lote: _____																																													
40	Nombre de la persona que aplica la vacuna: _____					42	Fabricante: _____																																													
43	En caso de tener un antecedente de contacto con: _____																																																			

IV.	Animal ☐ Persona sintomática ☐ Alimentos ☐ Agua/suelos ☐ Basurales ☐ Ninguno ☐ Metanol ☐ Metales pesados ☐ Solventes ☐ Plaguicidas ☐ Otros: _____ 44 Lugar geográfico _____ Forma de contacto _____ Origen/tipo/nombre del objeto de contacto _____ 45 Fecha de contacto / día mes año hora 46 En caso contacto con agua/alimentos, verifique su procedencia: Casa ☐ Restaurante ☐ Calle Reunión social ☐ Otro: _____ 47 Tipo de exposición: <table style="width:100%;"> <tr> <td>Ocupacional ☐</td> <td>Intencional suicida ☐</td> <td>Reacción adversa ☐</td> <td>Otras: _____</td> </tr> <tr> <td>Accidental ☐</td> <td>Intencional homicida ☐</td> <td>Desconocida ☐</td> <td>_____</td> </tr> </table> 48 Antecedentes de transfusión sanguínea Si ☐ No ☐ 49 Embarazada: si ☐ No ☐ Semanas de gestación _____ 50 Antecedentes de quimioterapia: Si ☐ No ☐ Especifique cual: _____ 51 Antecedentes de viaje, visitas: SI ☐ No ☐ Lugar: _____ Fecha de estadía Desde Hasta día mes año Existen otros casos con iguales síntomas: SI ☐ NO ☐ Especifique cuantos: Lugar: _____ 52 Se trata de un caso : Autóctono ☐ Importado: ☐ Introducido ☐ 53 Caracterizar los factores de riesgo identificados: _____ _____ _____ _____ _____ 54 Información de contactos periodo de incubación y transmisibilidad: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th><th rowspan="2">Nombre</th><th rowspan="2">Edad</th><th rowspan="2">Sexo</th><th rowspan="2">Relación con el caso</th><th rowspan="2">Dirección domiciliaria/telf.</th><th rowspan="2">Lugar de contacto (escuela, etc)</th><th colspan="2">Enfermó</th><th rowspan="2">Fecha de inicio de síntomas</th><th rowspan="2">Observaciones</th></tr> <tr> <th>Sí</th><th>No</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> V. Laboratorio 55 Se tomó muestra de laboratorio: Sí ☐ No ☐ Fecha: - - 56 Antes de dar tratamiento Sí ☐ No ☐ 57 Tipo de muestra: _____ 58 Resultado de laboratorio: _____ VI. Clasificación final 59 Diagnóstico definitivo: _____ Confirmado por: Laboratorio ☐ Clínica ☐ Nexo ☐ 60 ESAVI: Relacionado con la vacuna ☐ Relacionado con la Estrategia ☐ Coincidente ☐ No concluyente ☐ 61 Es caso aislado ☐ Es parte de brote o epidemia ☐ VII.Actividades de control ejecutadas 62 Actividades generales: <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:30%;">Visita domiciliaria</td> <td style="width:10%;">Sí ☐ No ☐</td> <td style="width:10%;">día</td> <td style="width:10%;">mes</td> <td style="width:10%;">año</td> <td style="width:30%;">Observaciones: _____</td> </tr> <tr> <td>Búsqueda activa de casos institucional</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>N° de casos sospechosos encontrados: _____</td> </tr> <tr> <td>Busqueda de contactos</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Fecha de último día de la busqueda: _____</td> </tr> <tr> <td>Busqueda activa de casos comunitaria</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> </table> 63 Actividades específicas: <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:30%;">Vacunación de bloqueo</td> <td style="width:10%;">Sí ☐ No ☐</td> <td style="width:10%;">día</td> <td style="width:10%;">mes</td> <td style="width:10%;">año</td> <td style="width:30%;">Observaciones: _____</td> </tr> <tr> <td>Profilaxis a los contactos</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>% de vacunados que se encontró: _____</td> </tr> <tr> <td>Monitoreo rápido de cobertura</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento de criadero de vectores</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>_____</td> </tr> </table> Describe otras actividades de control realizadas: _____ _____ _____ _____ _____ _____ 64 Responsable _____ Nombre: _____ Firma: _____ 65 Fecha: día mes año	Ocupacional ☐	Intencional suicida ☐	Reacción adversa ☐	Otras: _____	Accidental ☐	Intencional homicida ☐	Desconocida ☐	_____		Nombre	Edad	Sexo	Relación con el caso	Dirección domiciliaria/telf.	Lugar de contacto (escuela, etc)	Enfermó		Fecha de inicio de síntomas	Observaciones	Sí	No																																																																																																																																																																																																																																								Visita domiciliaria	Sí ☐ No ☐	día	mes	año	Observaciones: _____	Búsqueda activa de casos institucional					N° de casos sospechosos encontrados: _____	Busqueda de contactos					Fecha de último día de la busqueda: _____	Busqueda activa de casos comunitaria						Vacunación de bloqueo	Sí ☐ No ☐	día	mes	año	Observaciones: _____	Profilaxis a los contactos					% de vacunados que se encontró: _____	Monitoreo rápido de cobertura					_____	Tratamiento de criadero de vectores					_____
Ocupacional ☐	Intencional suicida ☐	Reacción adversa ☐	Otras: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Accidental ☐	Intencional homicida ☐	Desconocida ☐	_____																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	Nombre	Edad	Sexo	Relación con el caso	Dirección domiciliaria/telf.	Lugar de contacto (escuela, etc)	Enfermó		Fecha de inicio de síntomas	Observaciones																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
							Sí	No																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Visita domiciliaria	Sí ☐ No ☐	día	mes	año	Observaciones: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Búsqueda activa de casos institucional					N° de casos sospechosos encontrados: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Busqueda de contactos					Fecha de último día de la busqueda: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Busqueda activa de casos comunitaria																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Vacunación de bloqueo	Sí ☐ No ☐	día	mes	año	Observaciones: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Profilaxis a los contactos					% de vacunados que se encontró: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Monitoreo rápido de cobertura					_____																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Tratamiento de criadero de vectores					_____																																																																																																																																																																																																																																																																																																								