|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. INFORMACIÓN DEL REPORTE (Sólo para ser llenado por la industria farmacéutica)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ID mundial** | | | | |  | | | | | | | | | | | **ID local** | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Fecha de elaboración del reporte | | | | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | **Fecha de primera recepción del reporte** | | | | | | | | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | |
| Tipo de reporte | Elija un elemento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del estudio:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Oficio y fecha de aprobación:** | | | | | | | | | | | | |
| **Identificación de la literatura:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reporte internacional | | Elija un elemento. | | | | | | País de ocurrencia: | | | | | | ¿El reporte fue confirmado médicamente? | | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | **Reporte** | | | | | Elija un elemento. |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. INFORMACIÓN DEL REMITENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de la organización** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | **Departamento** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Nombre y apellido** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | **Teléfono** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Dirección** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | **Correo electrónico** | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. INFORMACIÓN DE LA FUENTE PRIMARIA O REPORTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre y Apellido** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Fuente primaria | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | |
| **Dirección:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Departamento y cargo:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono:** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | **Correo electrónico** | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. INFORMACIÓN DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Iniciales del paciente:** | | | | **Sexo** Elija un elemento. | | | | | | | **Fecha de nacimiento:**  Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | | **o** | **Edad al momento del evento:** | | | | | Peso (Kg): | | | | | | | Talla (cm): | |
| Fecha de muerte:  Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | | | | | | | Diagnóstico de muerte | | | | | | | | | | | Resultado de autopsia | | | | | | | | | |
| **Historia médica:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO ADVERSO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Evento adverso** | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| **Fecha y hora de ocurrencia** | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | |
| Fecha de Finalización | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | |
| Duración | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| **Desenlace** | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | | Elija un elemento. | | | |
| Gravedad | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | | Elija un elemento. | | | |
| Causalidad EAV | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | | Elija un elemento. | | | |
| **CASO NARRATIVO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6 INFORMACIÓN DE LA VACUNA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre comercial** | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| **Nº de dosis** | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | | |
| Volumen administrado | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| Vía de administración | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| Sitio de administración | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | | |
| Fecha y hora de vacunación | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | |
| Tipo | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | | |
| Laboratorio | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| **Lote** | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| Fecha de vencimiento | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | |
| Nombre del diluente | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| Laboratorio del diluente | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| Vencimiento del diluente | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | |
| Lote del diluente | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| Sesión de vacunación | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | | |
| **¿La vacuna ha producido una reacción similar anteriormente?** Elija un elemento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Información adicional:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. ANEXO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Este reporte presenta anexos?**  Elija un elemento. | | | | | | | | | | **Nº de anexos:** | | | | | **Identificación de los anexo:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. CAUSALIDAD (Sólo para ser llenado por la industria farmacéutica)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Evento →**  **Vacuna ↓** | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | |
|  | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | |
|  | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | |
|  | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | |
|  | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | Elija un elemento. | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | Elija un elemento. | | |