



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A VACUNACION E INMUNIZACION



Form-030

SEDES: _____ Municipio: _____ Establecimiento: _____

Teléfono: _____

Nombre del caso: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre o madre: _____

Teléfono: _____

Dirección del domicilio: _____ (dibuje croquis domicilio al reverso)

Investigado por:

Nombre: _____ Cargo: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Vacuna administrada en el Establecimiento o brigada Fecha: _____ Hora _____

Fecha de inicio de los síntomas (signos): _____ Hora: _____

Reporte Fecha Hora

Descripción de los signos y síntomas y tratamiento administrado

Table with 4 columns: N°, Signos y Síntomas, Tiempo transcurrido, Tratamiento administrado. Rows 1-4.

Marque la condición del paciente según corresponda:

- Produjo discapacidad Fecha. .././..
Enfermedad que amenaza la vida cual
Requirió hospitalización # de días.....
Falleció Fecha Hora
Ninguna de las anteriores

Anote datos de vacunación

Table with 7 columns: Fecha, Tipo de vacuna, Fabricante, No. Dosis, Lugar de vacunación, No. Lote, Fecha de expiracion.

Anote cualquier otra vacuna aplicada en las 4 semanas previas a la anterior lista y a la vacuna cuestionada

Table with 7 columns: Fecha, Tipo de vacuna, Fabricante, No. Dosis, Lugar de vacunación, No. Lote, Fecha de expiracion.

Se hicieron pruebas de laboratorio? si no cuales

El paciente tiene antecedentes de alergias, convulsiones, defectos congénitos diagnósticados, otros si no

Cuál? Detalle:

Reportó este evento previamente si no a quién? donde.....

Clasificación final del caso Confirmado Descartado