Ministerio del Poder Popular para la SALUD
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

**SUISPAI 22 (Versión (2025)**

**SIENO**
**SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA**
**FICHA DE INVESTIGACIÓN**

# EVENTOS ADVERSO SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI) (NE60)

**DEFINICIÓN DE CASO:**
Cualquier situación de salud (signo, hallazgo anormal de laboratorio, síntoma o enfermedad) desfavorable y no intencionada que ocurra luego de la vacunación o inmunización y que no necesariamente tiene una relación causal con el proceso de vacunación o con la vacuna.

## 1) FUENTE DE INFORMACIÓN

1.1 Indique las fuentes de información consultadas para recopilar la información de la siguiente investigación: Historia clínica ☐ Entrevista al vacunado ☐ Entrevista al personal de salud ☐ Registros de vacunación ☐ Informe de autopsia ☐ Informe de autopsia verbal ☐ Informe de investigación comunitaria ☐

## 2) DATOS BÁSICOS

2.1 Número de identificación del ESAVI indicado en la ficha de notificación

2.2 Lugar de vacunación: Hospital público ☐ Hospital privado ☐ Puesto de vacunación ☐ Consultorio privado ☐ Campaña ☐ Otro ☐

2.3 Si la vacunación se administró durante una campaña, indique el lugar de vacunación: Domicilio ☐ Puesto fijo ☐ Puesto móvil ☐ Institucional ☐ Otro ☐

2.4 Dirección completa del lugar de vacunación

2.5 Datos del equipo de investigación

| Nombres y Apellidos | Institución y cargo | Correo electrónico | Teléfono móvil |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2.6 Fecha en que se complementa la presente ficha

2.7 Fecha de la investigación

2.8 Fecha de hospitalización

2.9 Este informe es: Primero ☐ Intermedio ☐ Final ☐

2.10 Estado de la persona en el momento de la investigación: Muerte ☐ No recuperado ☐ En recuperación ☐ Recuperado completamente ☐ Recuperado con secuelas ☐ Desconocido ☐

2.11 Si la persona murió, indique la fecha de la muerte

2.12 Hora de la muerte

2.13 ¿Se realizó autopsia? SI ☐ NO ☐ Se ha programado una ☐

2.14 Fecha prevista de la autopsia

2.15 Razón por la que no se practicó la autopsia: Negativa de la familia ☐ La persona que notificó o la que trató al paciente no lo solicitó ☐ Los servicios de autopsia clínica o médico-legal no estaban disponibles ☐ No existe normatividad que permita practicar la autopsia en casos de ESAVI ☐ Otra razón ☐

2.16 Si el paciente cursa con infección por S-CoVARS-2 en el momento de la notificación, ¿cuál es el nivel superior alcanzado de gravedad de la infección, según los registros clínicos? leve ☐ moderada ☐ grave ☐ crítica ☐

## 3) INFORMACIÓN RELEVANTE DE LA PERSONA ANTES DE LA INMUNIZACIÓN

3.1 Enfermedad preexistente (diagnosticada antes de los 15 días previos a la vacunación) o anomalía congénita. SI ☐ NO ☐ NS ☐

3.2 Enfermedad aguda diagnosticada durante los 15 días previos a la vacunación SI ☐ NO ☐ NS ☐

3.3 Antecedentes familiares de otra enfermedad (relevante para un ESAVI) o alergia SI ☐ NO ☐ NS ☐

3.4 Antecedentes de hospitalización en los 30 días previos a la vacunación actual SI ☐ NO ☐ NS ☐

***ANTECEDENTES PERINATALES (este apartado solo se debe rellenar en los casos de niños o niñas menores de 5 años o los mayores de 5 años, cuando se considere relevante)***

3.5 El parto fue: Normal ☐ Cesárea ☐ Con complicaciones ☐

3.6 El nacimiento fue: A término ☐ Pretérmino ☐ Postérmino ☐

3.7 Peso al nacer

3.8 ¿Se diagnosticó alguna afección médica o patología congénita o del período neonatal? SI ☐ NO ☐ NS ☐ Explique:

***PREGUNTAS PARA MUJERES (principalmente de entre 15 y 49 años, o cuando exista sospecha de embarazo)***

3.9 Confirme si la mujer estaba embarazada en el momento de la aplicación de la vacuna SI ☐ NO ☐ NS ☐

3.10 semanas de gestación

3.11 Indique cómo se diagnosticó el embarazo

3.12 ¿Se identificó algún factor de riesgo de complicaciones obstétricas graves? SI ☐ NO ☐ NS ☐

3.13 Si el embarazo ha finalizado, marque el desenlace obstétrico-neonatal: Normal ☐ Cesárea ☐ Instrumentado ☐ Con complicaciones ☐

3.14 El nacimiento fue: A término ☐ Pretérmino ☐ Postérmino ☐

3.15 Peso al nacer

3.16 ¿Cuál fue el desenlace del embarazo? Nacido vivo sano ☐ Nacido vivo con afección médica al nacer ☐ Muerte fetal ☐ Muerte neonatal temprana ☐ Muerte neonatal tardía ☐ Aborto ☐

| | |
|---|---|
| 3.17 ¿Se encontraba amamantando en el momento de la vacunación? | SI ☐ NO ☐ NS ☐ |

**4) DETALLES DEL PRIMER EXAMEN DEL ESAVI**

| | |
|---|---|
| 4.1 Fuente de información | Examen realizado por el investigador ☐ Documentos ☐ Autopsia verbal ☐ Otro ☐ ¿Cual?: |
| 4.2 Nombre de quien examinó o trató por primera vez a la persona | 4.3 Dirección de correo electrónico de la persona que examinó o trató por primera vez |
| 4.4 Nombre de los profesionales que trataron a la persona | 4.5 Otras fuentes de información |
| 4.6 Signos y síntomas en orden cronológico desde el momento de la vacunación | |
| 4.7 Si el ESAVI se presentó en un menor, ¿hay sospecha de maltrato infantil? | SI ☐ NO ☐ NS ☐ Explique: |
| 4.8 Si el ESAVI se presentó en una persona adolescente o adulta, ¿hay evidencia de violencia intrafamiliar? | SI ☐ NO ☐ NS ☐ Explique: |
| 4.9 Otros antecedentes sociales relevantes del caso | |
| 4.10 Nombre e información de contacto de la persona o personas que conocen los detalles clínicos | 4.11 Cargo o puesto |

| | | |
|---|---|---|
| 4.12 Fecha | 4.13 Hora | 4.14 ¿Ha recibido la persona atención médica para el ESAVI? SI ☐ NO ☐ NS ☐ |
| 4.15 Diagnóstico final o provisional | | 4.16 Código MedDRA o CIE de los diagnósticos |

**5) DETALLES DE LA VACUNA Y DE LAS PERSONAS VACUNADAS QUE SE RELACIONAN CON EL ESAVI EN EL LUGAR DE VACUNACIÓN**

5.1 Número de personas vacunadas por cada antígeno en el puesto de vacunación el día del evento. Incluya los registros si están disponibles

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre de la vacuna | | | | | | |
| Número de dosis | | | | | | |

| | |
|---|---|
| 5.2 Número de personas vacunadas con el vial de la vacuna involucrada | 5.3 Número de personas vacunadas con el mismo antígeno involucrado el mismo día o jornada. |
| 5.4 Número de personas vacunadas con el mismo lote de vacuna en otras localizaciones | Especifique las localizaciones: |
| 5.5 ¿Cuándo fue vacunada la persona que tuvo el o los ESAVI? | En las primeras horas de la jornada ☐ En las últimas Horas de la jornada ☐ Desconocido ☐ |
| 5.6 En el caso de viales multidosis, se administró la vacuna | En las primeras dosis del vial administrado ☐ En las últimas dosis del vial ☐ Desconocido ☐ |
| 5.7 ¿Hubo algún error en la prescripción o no adherencia a las recomendaciones de uso de la vacuna? SI ☐ NO ☐ NS ☐ | 5.8 A partir de su investigación, ¿considera que la vacuna administrada pudo haber estado contaminada? SI ☐ NO ☐ NS ☐ |
| 5.9 A partir de su investigación, ¿considera que las condiciones físicas de la vacuna (color, turbidez, sustancias extrañas, etc.) eran anormales en el momento de la administración? SI ☐ NO ☐ NS ☐ | |
| 5.10 A partir de su investigación, ¿considera que hubo un error en la preparación o reconstitución (producto, vacuna o diluyente equivocado, mezcla, jeringa o llenado inapropiado de la jeringa, etc.) de la vacuna por el vacunador? SI ☐ NO ☐ NS ☐ | |
| 5.11 A partir de su investigación, ¿considera que hubo un error en la manipulación de la vacuna (interrupción de la cadena de frío durante el transporte, el almacenamiento o la jornada de vacunación, etc.)? SI ☐ NO ☐ NS ☐ | |
| 5.12 A partir de su investigación, ¿considera que la vacuna se administró incorrectamente (dosis equivocada, sitio o ruta de administración, aguja del tamaño equivocado, no seguimiento a buenas prácticas de inyección, etc.)? SI ☐ NO ☐ NS ☐ | |
| 5.13 ¿Es este caso parte de un conglomerado? SI ☐ NO ☐ NS ☐ | 5.14 Si la respuesta es positiva, ¿cuántos casos adicionales se han detectados en el conglomerado? |
| 5.15 ¿Recibieron todos los casos del conglomerado la vacuna del mismo vial? SI ☐ NO ☐ NS ☐ | 5.16 Si no, numere los viales usados por el conglomerado de casos. |
| 5.17 Para todas las respuestas afirmativas, se debe dar una explicación de manera independiente | |

**6) PRÁCTICAS DE INMUNIZACIÓN EN LOS LUGARES EN LOS QUE USÓ LA VACUNA DE INTERÉS**

| | |
|---|---|
| 6.1 ¿Se usaron jeringas autodesactivables (AD)? SI ☐ NO ☐ NS ☐ | 6.2 Si no se usaron, especifique el tipo de jeringas usadas Vidrio ☐ Desechables ☐ Desechables recicladas ☐ Otra ☐ ¿Cual?: |
| 6.3 Especifique los hallazgos clave, las observaciones adicionales o los comentarios | |
| 6.4¿Se usó la misma jeringa para la reconstitución de múltiples viales de la misma vacuna? SI ☐ NO ☐ NS ☐ NA ☐ | 6.5 ¿Se usó la misma jeringa para la reconstitución de diferentes vacunas? SI ☐ NO ☐ NS ☐ NA ☐ |

6.6¿Se usó una jeringa distinta para la reconstitución de cada vial de la vacuna? SI ☐ NO ☐ NS ☐ NA ☐

6.7 ¿Se usó una jeringa distinta para la reconstitución en cada vacunación? SI ☐ NO ☐ NS ☐ NA ☐

6.8Los diluyentes y las vacunas usadas ¿son las mismas recomendadas por el fabricante? SI ☐ NO ☐ NS ☐ NA ☐

6.9 Especifique los hallazgos clave o las observaciones adicionales o los comentarios

**7) CADENA DE FRÍO Y TRANSPORTE**

***Último punto de almacenamiento***

7.1 ¿Se encuentra monitorizada la temperatura del refrigerador donde se almacena las vacunas con un registro diario am. y pm. SI ☐ NO ☐

7.2 ¿Si marcó "Sí", ¿hubo alguna desviación del rango 2-8 °C después de que la vacuna se introdujera en el refrigerador? SI ☐ NO ☐

7.3¿Se siguió el procedimiento correcto para almacenar las vacunas, los diluyentes y las jeringas? SI ☐ NO ☐ NS ☐ NA ☐

7.4 ¿Había algún otro producto diferente de las vacunas y diluentes del PAI en la nevera o el refrigerador? SI ☐ NO ☐ NS ☐ NA ☐

7.5¿Había alguna vacuna parcialmente reconstituida en el refrigerador? SI ☐ NO ☐ NS ☐ NA ☐

7.6 ¿Había alguna vacuna que no pudiese usarse (vencida, sin etiqueta o congelada) en el refrigerador? SI ☐ NO ☐ NS ☐ NA ☐

7.7¿Había en el almacén algún diluyente que no pudiese usarse (vencido, sin ser recomendado por el fabricante, roto o sucio)? SI ☐ NO ☐ NS ☐ NA ☐

7.8 Especifique los hallazgos clave, las observaciones adicionales o los comentarios

***Transporte de la vacuna***

7.9 Tipo de termo o caja térmica utilizada al momento de la vacunación

7.10 ¿Se envió el termo o la caja térmica el mismo día de la vacunación? SI ☐ NO ☐ NS ☐

7.11 ¿Regresó el termo o la caja térmica el mismo día de la vacunación? SI ☐ NO ☐ NS ☐

7.12 ¿Se usó paquete frío ? SI ☐ NO ☐ NS ☐ Cual:

7.13 Especifique los hallazgos clave, las observaciones adicionales o los comentarios

**8) INVESTIGACIÓN COMUNITARIA**

8.1 ¿Se notificó algún evento similar en un momento próximo al momento en el que ocurrió el ESAVI y en la SI ☐ NO ☐ NS ☐

8.2 Si la respuesta es "Sí", descríbalo:

8.3 Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos eventos o episodios se notificaron?

8.4 De las personas afectadas, cuántas están Vacunadas: Sin vacunar: Estado desconocido:

**9) OTROS HALLAZGOS Y COMENTARIOS**

***Clasificación final del evento***

9.1 ¿Qué clasificación final dio el comité nacional o subnacional que revisó el ESAVI? Si la clasificación final no la dio el subcomité, marque el recuadro ☐ Indique qué instancia asignó dicha causalidad:

A. Asociación causal acorde con la vacuna o con el proceso de vacunación

A1. Evento relacionado con el antígeno o alguno de los componentes de la vacuna (según se ha publicado en la bibliografía especializada) ☐

A3. Evento relacionado con un error programático ☐

A2. Evento relacionado con una desviación de calidad de la vacuna ☐

A4. Evento por estrés que tuvo lugar inmediatamente antes, durante o inmediatamente después del proceso de vacunación ☐

B. Indeterminada

B1. La relación temporal es congruente, pero no hay evidencia definitiva suficiente para asignar la causalidad a la vacuna ☐

B2. Los factores determinantes para la clasificación muestran tendencias conflictivas y no son favorables de manera uniforme a una asociación causal con la vacunación ☐

C. Asociación causal inconsistente con la vacuna o la vacunación (evento coincidente). ☐

D. No clasificable de acuerdo con los criterios de la OMS. ☐

9.2 Comentarios sobre la clasificación de causalidad

**10) OBSERVACIONES**

**11) RESPONSABLE**

| 11.1 Nombre | | 11.2 Cargo |
|---|---|---|
| 11.3 Teléfono domicilio | 11.4 Teléfono trabajo | 11.5 Email institucional |
| 11.6 Email personal | | 11.7 Firma |

**SIENO**

**SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA**

**FICHA DE INVESTIGACIÓN**

# EVENTOS ADVERSO SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI) (NE60)

**DEFINICIÓN DE CASO:**

Cualquier situación de salud (signo, hallazgo anormal de laboratorio, síntoma o enfermedad) desfavorable y no intencionada que ocurra luego de la vacunación o inmunización y que no necesariamente tiene una relación causal con el proceso de vacunación o con la vacuna.

**Instrucciones Generales:**

- Toda la ficha debe ser llenada completamente, con letra legible y en molde.
- Debe aportar solo datos fidedignos.
- Todos los datos que representen fechas deben escribirse en el siguiente formato: DD/MM/AAAA.

**1. FUENTE DE INFORMACIÓN:**

1.1. Marque en los recuadros correspondientes a las opciones de fuentes de información utilizadas para llenar esta ficha.

**2. DATOS BÁSICOS:**

2.1. Indique número de caso que corresponde a la ficha de notificación.
2.2. Marque en el recuadro correspondiente a la opción del lugar donde se vacunó. En caso de que la opción no este disponible, marque la opción de "Otro" seguidamente escriba su respuesta.
2.3. Si la opción marcada en el punto anterior es "Campaña", marque en el recuadro correspondiente a la opción del lugar donde se vacunó. En caso de que la opción no este disponible, marque la opción de "Otro" seguidamente escriba su respuesta.
2.4. Indique la dirección exacta del lugar de vacunación agregando de ser posible municipio, parroquia y punto de referencia.
2.5. Indique en el listado los datos de identificación y ubicación del personal que conforma el equipo de investigación del caso.
2.6. Indique la fecha en la que se finaliza el llenado de la presente ficha de investigación.
2.7. Indique la fecha en la que se inicia la investigación del caso.
2.8. Indique la fecha de hospitalización del paciente
2.9. Marque en el recuadro correspondiente a la opción del tipo de informe que se esta realizando.
2.10. Marque en el recuadro correspondiente a la opción del estado del paciente al momento del inicio de la investigación.
2.11. En caso de muerte del paciente indique la fecha de fallecimiento.
2.12. En caso de muerte y si es posible indique la hora de fallecimiento del paciente.
2.13. Marque en el recuadro correspondiente a la opción de realización de la autopsia. En caso de una respuesta negativa marque si se programó la realización de la misma.
2.14. Indique la fecha en la que se programó la autopsia
2.15. En caso de no haber se realizado una autopsia, marque en el recuadro correspondiente a la opción sobre la no realización de la autopsia. En caso de que la opción no este disponible, marque la opción de "Otra razón" seguidamente escriba su respuesta.
2.16. Marque en el recuadro correspondiente a la opción acerca del nivel de gravedad en caso de que el paciente curse con CoVARS-2 al momento de la investigación.

**3. INFORMACIÓN RELEVANTE DE LA PERSONA ANTES DE LA INMUNIZACIÓN:**

3.1. Marque en el recuadro correspondiente si se sabe de alguna enfermedad preexistente.
3.2. Marque en el recuadro correspondiente si se sabe de alguna enfermedad aguda preexistente.
3.3. Marque en el recuadro correspondiente si se sabe de alguna enfermedad familiar preexistente.
3.4. Marque en el recuadro correspondiente si se sabe de la hospitalización reciente anterior al presente evento.
3.5. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto al parto.
3.6. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto al nacimiento.
3.7. Indique el peso al nacer del producto del parto.
3.8. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto si se conoce de algún diagnosticó de afección médica o patología congénita. En caso afirmativo explique.
3.9. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto si la paciente estaba embarazada al momento del evento.
3.10. Indique las semanas de gestación al momento del evento
3.11. Describa como se diagnosticó el embarazo
3.12. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto si la se identificó algún riesgo de complicaciones graves.
3.13. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto al desenlace obstétrico-neonatal.
3.14. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto al término del nacimiento.
3.15. Indique el peso al nacer del producto del parto
3.16. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto al desenlace del embarazo.
3.17. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto si se encontraba amamantando en el momento de la vacunación.

**4. DETALLES DEL PRIMER EXAMEN DEL ESAVI :**

4.1. Marque en el recuadro correspondiente a la opción de la fuente de información de reporte del caso. En caso de que la opción no este disponible, marque la opción de "Otro" seguidamente escriba su respuesta.
4.2. Indique nombre y apellido de la persona que trató el caso la primera vez.
4.3. Indique correo electrónico de contacto de la persona que trató el caso.
4.4. Indique los nombres del integrantes del equipo médico que trató al paciente.
4.5. Indique si existe otra fuente de información del caso.
4.6. Describa los signos y síntomas hallados durante la revisión del paciente.
4.7. Marque en el recuadro correspondiente a la opción si se sospecha de maltrato infantil. En caso afirmativo explique su respuesta.
4.8. Marque en el recuadro correspondiente a la opción si se sospecha de violencia intra familiar. En caso afirmativo explique su respuesta.
4.9. Indique si existe otro antecedente social relevante para el caso.
4.10. Indique nombre y apellido del personal que posee la información del caso
4.11. Indique cargo y puesto que ocupa la persona que posee la información del caso
4.12. Indique fecha de contacto con esta persona que posee la información del caso
4.13. Indique hora de contacto con esta persona que posee la información del caso.
4.14. Marque en el recuadro correspondiente a la opción si el paciente recibió atención medica.
4.15. Indique el diagnostico inicial o provisional del caso.
4.16. Indique el código correspondiente al diagnóstico del punto anterior.

**5. DETALLES DE LA VACUNA Y DE LAS PERSONAS VACUNADAS QUE SE RELACIONAN CON EL ESAVI EN EL LUGAR DE VACUNACIÓN:**

5.1. Indica las vacunas y número de dosis administradas en el puesto de vacunación donde fue vacunado el paciente.
5.2. Indique el número personas que se vacunaron en el mismo puesto de vacunación con el mismo vial que fue vacunado el paciente.
5.3. Indique el número personas que se vacunaron en el mismo puesto de vacunación en el que fue vacunado el paciente.
5.4. Indique el número de personas vacunadas con la misma vacuna y número de lote en todos los puestos de vacunación y su localización.
5.5. Marque en el recuadro correspondiente a la opción acerca del momento de la vacunación.
5.6. Marque en el recuadro correspondiente a la opción sobre viales multidosis del momento de la vacunación.
5.7. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si hubo errores en la prescripción o en las recomendaciones de uso de la vacuna.
5.8. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto si la vacuna administrada pudo haber estado contaminada
5.9. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si considera que las condiciones físicas de la vacuna eran anormales.
5.10. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si hubo un error en la preparación o reconstitución de la vacuna por el vacunador
5.11. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si hubo un error en la manipulación de la vacuna
5.12. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si considera que la vacuna se administró incorrectamente
5.13. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si este caso es parte de un conglomerado.
5.14. En caso de que el punto anterior sea afirmativa entonces indique el número de casos adicionales se han detectados
5.15. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si para todos los casos se utilizó el mismo vial
5.16. En caso de que el punto anterior sea negativo entonces indique el número de viales usados en el conglomerado de casos
5.17. Describa o justifique las respuestas que considere deba ser ampliada en este apartado de la ficha.

**6. PRÁCTICAS DE INMUNIZACIÓN EN LOS LUGARES EN LOS QUE USÓ LA VACUNA DE INTERÉS:**

6.1. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si usaron jeringas autodesactivables.
6.2. En caso de que el punto anterior sea negativo indique el tipo de jeringas usadas
6.3. Describa, especifique o amplie las respuestas anteriores si lo considera necesario
6.4. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si se usó la misma jeringa para la reconstitución de múltiples viales
6.5. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si se usó la misma jeringa para la reconstitución de diferentes vacunas
6.6. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si se usó una jeringa distinta para la reconstitución de cada vial de la vacuna
6.7. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si se usó una jeringa distinta para la reconstitución en cada vacunación
6.8. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si los diluyentes y las vacunas usadas son del mismo fabricante.
6.9. Describa o amplie clara mente los hallazgos de esta sección del documento.

**7. CADENA DE FRÍO Y TRANSPORTE:**

7.1. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si se monitorea la temperatura del refrigerador de almacenamiento con un registro diario.
7.2. En el caso de que el punto anterior sea afirmativo, hubo alguna desviación del rango 2-8 °C

7.3. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si se siguió el procedimiento correcto para el almacenamiento de vacunas e insumos.
7.4. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si había algún otro producto diferente de las vacunas y diluentes del PAI en la nevera o el refrigerador.
7.6. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si había alguna vacuna que no pudiese usarse en el refrigerador.
7.7. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si había en el almacén algún diluyente que no pudiese usarse.
7.8. Describa o justifique las respuestas que considere deba ser ampliada en este apartado de la ficha.
7.9. Indique el tipo incluyendo capacidad de los termos o caja térmica utilizada al momento de la vacunación
7.10. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si se envió el termo o la caja fría el mismo día de la vacunación.
7.11. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si se regresó el termo o la caja térmica el mismo día de la vacunación.
7.12. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si se usó un paquete frío, indicar cual.
7.13. Describa o justifique las respuestas que considere deba ser ampliada en este y especifique los hallazgos clave.

**8. INVESTIGACIÓN COMUNITARIA:**

8.1. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a si se notificó algún evento similar.
8.2. En caso de una respuesta afirmativa en el punto anterior entonces descríbalo.
8.3. En caso de una respuesta afirmativa en el punto 8.1 indique cuántos eventos o episodios se notificaron.
8.4. En caso de una respuesta afirmativa en el punto 8.1 indique de las personas afectadas cuantas se hallaron en función de su estatus vacunal.

**9. OTROS HALLAZGOS Y COMENTARIOS:**

9.1. Marque en el recuadro correspondiente a la opción con respecto a la clasificación final del caso
9.2 Agregue comentarios o recomendaciones finales con respecto al caso.

**10. OBSERVACIONES:**

Escriba las observaciones o cualquier otra información que sea relevante para la investigación.

**11. RESPONSABLE:**

11.1. Nombre: escriba el nombre de la persona responsable de la investigación.
11.2. Cargo: escriba el cargo de la persona responsable de la investigación.
11.3. Teléfono domicilio: indique el teléfono de domicilio del responsable de la investigación.
11.4. Teléfono trabajo: indique teléfono de institución donde labora el responsable de la investigación.
11.5. Email institucional: escriba el email institucional de la persona responsable de la investigación.
11.6. Email personal: escriba el email personal de la persona responsable de la investigación.
11.7. Firma: el responsable de la investigación debe colocar su firma.