

# HOJA DE REGISTRO DE LAS REACCIONES SISTEMICAS CON IT

## A) Datos del paciente y centro de aplicación

Nº HC \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: Rinitis/Rinoconjuntivitis \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Nombre del profesional que registra: \_\_\_\_\_

Centro y localidad \_\_\_\_\_

Datos de contacto: Tel \_\_\_\_\_ / e-mail \_\_\_\_\_

## B) Datos de la vacuna

Nombre de la vacuna \_\_\_\_\_

Composición: \_\_\_\_\_ / Nº Ref \_\_\_\_\_

## C) Datos de la Reacción Sistémica

SÍNTOMAS: Rinitis/RC \_\_\_\_\_ AB \_\_\_\_\_ Urticaria \_\_\_\_\_ AE \_\_\_\_\_ Anafilaxia \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ INICIO (PAUTA/DOSIS) \_\_\_\_\_

MANTENIMIENTO (tiempo de mto.) \_\_\_\_\_

INTERVALO DE TIEMPO DOSIS-REACCIÓN (minutos/horas) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Relación con IT<sup>(1)</sup>: NO EVALUABLE \_\_\_\_\_ IMPROBABLE \_\_\_\_\_ POSIBLE \_\_\_\_\_ PROBABLE \_\_\_\_\_ CIERTA \_\_\_\_\_

¿Conoce alguna circunstancia a la que atribuir la reacción? : NO \_\_\_\_\_ SI (especificar)<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

ULTIMA DOSIS TOLERADA (fecha/vial/dosis) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

R. SISTEMICAS PREVIAS: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ (en caso afirmativo rellenar una nueva hoja, apartados B y C)

TRATAMIENTO (describir tto. y evolución clínica) \_\_\_\_\_

TOLERANCIA POSTERIOR (si procede): NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ (indicar fecha/dosis) \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES/COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(1)

No evaluable: Son insuficientes los datos para evaluar la imputabilidad.

Improbable: Hay pruebas que permiten atribuir claramente la reacción adversa a causas distintas.

Posible: Las pruebas no permiten atribuir con exactitud la reacción adversa a la administración de la vacuna.

Probable: Las pruebas permiten atribuir claramente la reacción adversa a la administración de la vacuna.

Cierta: Hay pruebas fehacientes que no dejan lugar a dudas de que la reacción adversa se debe a la administración de la vacuna.

(2)

1. Estado clínico previo
2. Tto. previo y/o concomitante
3. Administración previa y/o concomitante de otro tipo de vacuna
4. Otras causas: alergia alimentaria / RAM / Picadura de himenópteros / otras
5. El paciente no ha seguido las recomendaciones posteriores a la aplicación de IT (ejercicio físico.....)

**Muchas gracias por su colaboración. Este registro es de carácter científico y los datos serán tratados por la SEAIC según la Ley de Protección de Datos.**

**Dirección SEAIC: Apartado Correos 7029 - 08080 Barcelona (ESPAÑA). - Fax:(93) 332 95 60 [seaic@seaic.es](mailto:seaic@seaic.es)**