

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 ⁽¹⁾ : NO EVALUABLE ___ IMPROBABLE ___ POSIBLE ___ PROBABLE ___ CIERTA ___
¿Conoce alguna circunstancia a la que atribuir la reacción? : NO ___ SI (especificar) ⁽²⁾ _____
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.....)