



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

# eReporting

## Facilitando la notificación



Si usted presenta un ESAVI posterior a la aplicación de la vacuna para la COVID-19 o, como profesional de la salud, toma conocimiento de algún ESAVI, ingrese al siguiente link:

<https://primaryreporting.who-umc.org/Reporting/Reporter?OrganizationID=PE>

y siga los siguientes pasos:



### DATOS DE INGRESO A eREPORTING

**Reporte primario**

Notificador > Reporte > Resumen > Enviar

Elementos al Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Campo obligatorio. Haga clic en ayuda para el campo

Notificador

Email\*

Idioma\*

Notificador\*

Profesión\*

Exhibir los caracteres exactamente igual a la imagen

Acepto las condiciones

1. Llenar cada uno en el orden que aparece

2. Ingrese su correo electrónico correctamente

3. Elegir su profesión

4. Digitar los caracteres de imagen y aceptar para ir a próxima página



### DATOS DEL NOTIFICADOR/CONSUMIDOR

Notificador

Email\*

Notificador\*

Consumidor del medicamento

Iniciales\*

Sexo\*  Masculino  Femenino

Peso\*  kg

Fecha de nacimiento\*  Edad al comienzo de la reacción

País donde ocurrió(eron) la(s) reacción(es)

1. Registre su DNI. Es OBLIGATORIO.

2. Seleccionar sexo

3. Registrar peso

4. Registrar edad (años)



### DATOS DEL EVENTO ADVERSO (ESAVI)

Describe lo sucedido

1. Describe lo sucedido:

- El nombre del EESS donde se vacunó.
- Detalle los eventos (signos y síntomas) que ha presentado y si es leve, moderado o grave

Reacción(es) Síntoma(s)

2. Registre:

2. Los ESAVIs que presentó
3. Fecha de inicio del ESAVI
4. Fecha final del ESAVI
5. Si se recuperó o no debe seleccionar.

3. Describa brevemente cada reacción incluyendo los detalles relevantes (Ej. dolor de cabeza). Pulse el botón AGREGAR OTRA REACCIÓN/SÍNTOMA por cada reacción que necesite describir

1 Reacción/Síntoma\*

2 Fecha de comienzo\* Fecha de finalización\* Duración\*

3 Resultado de la reacción

5  Recuperado/Resultado  Recuperado/Resultado con secuelas  Recuperado/Resultando  Fatal  No recuperado/No resultado  Desconocido



### DATOS DE LA VACUNA

Medicamentos

Nombre del medicamento\*  Laboratorio representante del medicamento\*

Concentración\*  Dosis\*  Puede causar de la reacción\*

Vía de administración\*  Lugar donde se obtuvo el medicamento\*

Fecha de comienzo de la administración\*  Fecha de fin de administración\*  Duración\*

Razón para el consumo de los medicamentos\*

Describe las acciones tomadas\*  Acción tomada con la medicación\*

¿La medicación ha causado una reacción similar antes?  Sí  No  Desconocido

Registre:

1. Nombre de vacuna
2. Nombre de laboratorio
3. Nro. de dosis (1ra o 2da)
4. Vía de administración
5. Fecha de adm. vacuna

Registre Nro de lote y F.V. si esta disponible

Describe si recibió tratamiento para ESAVI, si recurrió al hospital para atención.



### DATOS ADICIONALES

Información adicional

Describe brevemente la historia clínica. Esto es importante dado que algunas reacciones sólo aparecen ante combinaciones de enfermedades previas o actuales, dietas especiales, consumo de drogas, hábitos tabáquicos, ingesta de alcohol o alergias. Puede incluir también otros comentarios que considere sean relevantes

Exámenes de laboratorio incluyendo fechas, antecedentes de alergia, enfermedades concomitantes, hábitos nocivos, etc.

•El nombre de la profesión a la que corresponde, si no la encontró al inicio y la región donde se ubica.

•Su Nro. DNI nuevamente, para determinar la trazabilidad del tipo de vacuna que recibió.

Enfermedades previas o actuales

Comentarios adicionales

Primera página



### ENVIO FINAL

**RESUMEN:**

1. Revise si los datos fueron ingresados correctamente, de faltar algún dato ingrese al módulo de REPORTE para completar la información que corresponda.
2. Posteriormente dar click en "Enviar" lo registrado y aparecerá el siguiente mensaje:

Reporte primario

Notificador > Reporte > Resumen >

¡Gracias por enviar su reporte!

Use este link para visualizar el reporte creado: <https://primaryreporting.who-umc.org/Reporting/ViewReport?reportID=5386661-c0d6-5682-b083-823681b6f112>

Si lo desea, cierre la ventana para evitar que alguien más lea este reporte.

[Imprimir el reporte](#)



**VIGILAR LA SEGURIDAD DE LOS**

**MEDICAMENTOS Y VACUNAS ES... ¡TAREA DE TODOS!**

