



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Dirección General  
de Medicamentos, Insumos y Drogas

# Como notificar eventos adversos a las vacunas para COVID 19 (ESAVI leve, moderado y grave) a través del eReporting

CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA Y  
TECNOVIGILANCIA



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

El Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia (CENAFyT) pone a disposición el **eReporting**, a todos los profesionales de la salud para la notificación de todos los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización (ESAVI), sean leves, moderados o graves producido por la vacuna para COVID19.



**Nuevo VigiFlow**  
Base de datos nacional

**VigiBase**  
Base de datos global de la OMS

Profesional de salud  
Técnicos en salud

eReporting



- **Quienes reportan?**

-Todos los profesionales de la salud que han sido vacunados para COVID 19 y presentaron eventos adversos.  
→**CONSUMIDOR**

-Todos los profesionales de la salud que identifiquen eventos adversos de los pacientes que han recibido la vacuna contra COVID 19. →**NOTIFICADOR**

- **Profesional de la salud:**

-Médico, enfermera, químico farmacéutico, obstetrix, odontólogo, biólogo, nutricionista, tecnólogo, etc)

-Técnicos en salud (técnico en enfermería, farmacia, laboratorio, etc) que han recibido la vacuna contra COVID 19



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Dirección General  
de Medicamentos, Insumos y Drogas

# Ingreso a eReporting

Existen 3 vías para ingresar al eReporting:

1. Ingreso directo al siguiente enlace:

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

2. Página web de DIGEMID:

- Ingresar a la página web de DIGEMID: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/>

3. A través de los Centros de Referencia Regional e Institucional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de la siguiente manera:

- Ingresar a la página web de la DIRIS/DIRESA/GERESA/DISA o de EsSalud, sanidad de las FFAA y sanidad de la PNP en caso corresponda.



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

# DATOS DE INGRESO A EREPORTING



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.

## Reporte primario

**Notificador >**

Reporte >

Resumen >

Enviar

Bienvenido al Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

\* = Campo obligatorio, ? = Texto de ayuda para el campo

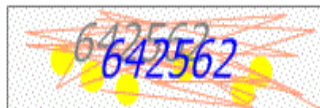
### Notificador

Email \*

Idioma \* Español ▾

Notificador \* (?) ▾

- Médico
- Farmacéutico
- Otro profesional de la salud
- Representante legal del paciente
- Consumidor del medicamento
- Otro: No profesional de la salud



Escribir los caracteres exactamente igual a la imagen \*

Acepto las [condiciones](#)

Próxima página

Módulos del reporte: serán llenados cada uno en el orden que aparece

Ingrese su correo electrónico correctamente

Elegir su profesión

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

## DATOS DE PROFESIONAL DE LA SALUD (NOTIFICADOR/CONSUMIDOR)

### Notificador

Email \*

Notificador \* (?)

### Consumidor del medicamento

Iniciales \*  1

Sexo \* Masculino  Femenino  2

Peso (?)  3 kg

Fecha de nacimiento \* (?) dd mm aaaa o Edad al comienzo de la reacción  4

Pais donde ocurrió(eron) la(s) reacción(es) (?)

1. Registre su DNI.  
Es OBLIGATORIO.

2. Seleccionar sexo  
3. Registrar peso  
4. Registrar edad



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

# DATOS DEL EVENTO ADVERSO (ESAVI)

## Describe lo sucedido

Caracteres restantes: 20000

Empty text input field for describing the event.

1



1. Describa lo sucedido:  
 -El nombre del EESS donde se vacunó.  
 -Detalle los signos y síntomas que ha presentado y si es leve, moderado o grave

## Reacción(es)/Síntoma(s)

Describe 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\* Caracteres restantes: 200

Fecha de comienzo\* 3    Fecha de finalización 4 <sup>o</sup>    Duración

Resultado de la reacción 5

Recuperado/Resuelto     Recuperado/Resuelto con secuelas  
 Recuperando/Resolviendo     Fatal  
 No recuperado/No resuelto     Desconocido



Registre:

2. Los ESAVIs que presentó
3. Fecha de inicio del ESAVI
4. Fecha final del ESAVI
5. Desenlace del ESAVI



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

## DATOS DE LA VACUNA CONTRA COVID -19

### Medicamentos

1 Nombre del medicamento \*  Laboratorio representante del medicamento  [?](#)

Posible causante de la reacción [?](#)

Concentración  [?](#) Dosis  [?](#)

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  [?](#) Caracteres restantes: 250

Describe las acciones tomadas  [?](#) Caracteres restantes: 90 Acción tomada con la medicación  [?](#)

¿La medicación había causado una reacción similar antes? Si  No  Desconocido  [Limpiar](#)

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 N° de lote y Fecha de vencimiento si está disponibles

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

[Agregar otro medicamento](#)

Agregue información para cada uno de los medicamentos. No olvide los medicamentos de venta libre, preparaciones de drogas vegetales (como productos naturales o remedios caseros a base de plantas), consumo de drogas y cualquier otro medicamento alternativo.





## INFORMACION ADICIONAL IMPORTANTE

### Información adicional

Describa 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.

Enfermedades previas o actuales

Caracteres restantes: 10000

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

Comentarios adicionales

Caracteres restantes: 500

- El nombre de la profesión a la que corresponde y la región donde se ubica.
- Su N° DNI nuevamente, para determinar la trazabilidad del tipo de vacuna que recibió.

Próxima página



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Dirección General  
de Medicamentos, Insumos y Drogas

## ENVIO DE LA NOTIFICACION AL CENAFYT

### **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 >      **Enviar**

¡Gracias por enviar su reporte!

Use este link para visualizar el reporte creado: <https://primaryreporting.who-umc.org/Reporting/ViewReport?reportID=33fb6b61-cb0d-4b80-bf83-823681befd18>

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

 [Imprimir el reporte](#)

3. Usted recibirá inmediatamente en el correo electrónico el acuse de recepción con el siguiente mensaje:

**¡Gracias por su reporte!**

Su reporte ha sido enviado al Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia. Si desea ver nuevamente el reporte ingresar al siguiente link: <https://primaryreporting.who-umc.org/Reporting/ViewReport?reportID=33fb6b61-cb0d-4b80-bf83-823681befd18>.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Dirección General  
de Medicamentos, Insumos y Drogas

Para cualquier duda, sugerencia o aclaración puede enviar un correo electrónico a la dirección: [farmacovigilancia@minsa.gob.pe](mailto:farmacovigilancia@minsa.gob.pe)