

**Manual para el ciudadano del trámite  
Notificación de eventos supuestamente  
atribuidos a la vacunación e inmunización  
(ESAVI)**

**Programa Nacional de Vacunaciones**

**División Epidemiología**



**Ministerio  
de SALUD**

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>1. MANUAL PARA EL CIUDADANO .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Descripción del trámite.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. ¿Qué requisitos previos debo cumplir para la realización del trámite? ...</b>	<b>2</b>
<b>1.3. ¿Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite?.....</b>	<b>2</b>
1.3.1. Completar formulario .....	3
1.3.1.1. Identificación del Notificador	3
1.3.1.2. Identificación de la persona a quien le ocurrió el evento adverso	6
1.3.1.3. Datos del evento adverso	8
1.3.1.4. Descripción del evento adverso	12
1.3.1.5. Confirmación	14
1.3.2. Verificar correos electrónicos recibidos de la Unidad de Inmunizaciones...	15
<b>1.4. ¿Dónde puedo hacer seguimiento de mis trámites? .....</b>	<b>18</b>
<b>1.5. ¿Dónde puedo realizar consultas? .....</b>	<b>19</b>
<b>1.6. Información – Soporte de Activos.....</b>	<b>20</b>

## 1. MANUAL PARA EL CIUDADANO

### 1.1. Descripción del trámite

Es el trámite para realizar una Notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización (ESAVI).

### 1.2. ¿Qué requisitos previos debo cumplir para la realización del trámite?

Esta información se encuentra disponible en la web [tramites.gub.uy](https://tramites.gub.uy). Para acceder a la misma ingresar en el siguiente enlace: <https://tramites.gub.uy/ampliados?id=3887>

### 1.3. ¿Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite?

Para cumplir con el trámite, usted deberá realizar los siguientes pasos:

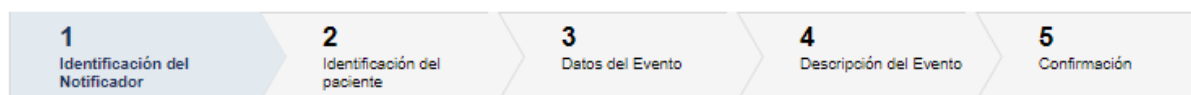
1. Completar un formulario *online*, para enviar la Notificación de un evento supuestamente atribuido a la vacunación e inmunización.
2. Verificar en su correo electrónico las notificaciones recibidas de la Unidad de Inmunizaciones del MSP, dado que su notificación podrá ser aprobada, observada o cancelada.
3. Si su solicitud es aprobada o cancelada, recibirá una notificación. En el caso de que sea cancelada indicará los motivos.
4. Si su notificación es observada, en su correo electrónico recibirá los motivos y deberá loguearse al sistema para modificar la información enviada.

### 1.3.1. Completar formulario

Usted debe completar el formulario que se presenta en pantalla con los datos necesarios para el inicio del trámite. El asterisco a la derecha de la descripción de los datos indica que la información debe ser completada en forma obligatoria.

Esta funcionalidad consta de 5 pasos:

- Identificación del notificador
- Identificación del paciente
- Datos del evento
- Descripción del evento
- Confirmación



*Figura 1 – Selección de como realiza la consulta*

#### 1.3.1.1. Identificación del Notificador

Usted deberá completar el formulario con los datos que se detalla a continuación:

- **Datos personales del Notificador**

Datos Personales

Documento de identidad*:	C.I. ▼
Número de documento*:	17760427
Apellidos*:	Malinowski Tejera
Nombre*:	Adriana
Teléfono de Contacto*:	
Correo Electrónico*:	

*Figura 2 – Ingreso de datos del Notificador*

En esta subsección, el sistema muestra los datos que usted ha registrado en el usuario ID Uruguay:

- **Tipo de documento:** Muestra el tipo de documento con el que está registrado en ID Uruguay.
- **Número de documento:** Muestra su número de documento incluyendo el dígito verificador sin puntos ni guiones.
- **Apellidos:** Muestra los apellidos registrados en ID Uruguay
- **Nombres:** Muestra los nombres registrados en ID Uruguay.

Estos campos son editables, por lo que usted podrá modificar los datos desplegados por el sistema.

- **Teléfono:** Teléfono de contacto.
- **Correo Electrónico:** El dato estará precargado con su información si es el usuario que se encuentra logueado.

- **Vínculo del Notificador con la persona del evento**

Vínculo del notificador con la persona del evento

Institución\*:

Tipo de notificador\*:

Fecha del evento

Fecha\*:

*Figura 3 – Vínculo del notificador con paciente y fecha del evento*

En esta subsección, usted deberá ingresar los datos para vincular al Notificador con la persona relacionada al evento notificado.

- **Institución:** Solicita la selección de una opción dentro de la siguiente lista:
  - Laboratorio Farmacéutico
  - Autoridad Regulatoria
  - Personal de Salud
  - Centro Regional de Farmacovigilancia
  - Otros
- **Tipo de notificador:** Solicita la selección de una opción dentro de la siguiente lista:
  - Médico
  - Farmacéutico
  - Otro profesional de la salud (vacunador, etc.)
  - Abogado
  - Consumidor del medicamento y otro no profesional de la salud
  - Otro
- **Fecha:** Solicita el ingreso de la fecha del evento. El sistema valida que la fecha del evento sea una fecha menor a la fecha del día.

Fecha\*:

El campo "Fecha de evento" debe ser menor o igual a la fecha actual.

*Figura 4 – Validación de fecha del evento*

### 1.3.1.2. Identificación de la persona a quien le ocurrió el evento adverso

Usted deberá completar el formulario con los datos que se detallan a continuación:

- **Datos personales del afectado**

Datos Personales del afectado

Documento de Identidad\*:

Apellidos\*:

Nombres\*:

Iniciales\*:

Fecha de Nacimiento:

Edad en años\*:

Si es menor a un año ingresar 0

*Figura 5 – Datos personales del afectado*

En esta subsección, el sistema solicita el ingreso de los datos del afectado:

- **Tipo de documento:** Solicita elegir el tipo de documento de la persona.
- **Número de documento:** Solicita el ingreso del documento incluyendo el dígito verificador, sin puntos ni guiones.
- **Apellidos:** Solicita el ingreso de los apellidos del afectado.
- **Nombres:** Solicita el ingreso de los nombres del afectado.
- **Iniciales:** El sistema despliega las iniciales de la persona en formato editable, por lo que puede ser modificada.
- **Fecha de nacimiento:** El sistema solicita la fecha de nacimiento de la persona.
- **Edad en años:** En función de la fecha de nacimiento ingresada el sistema calcula la edad en años. Si la edad es menor a 1, solicita el ingreso de los meses.

- **Otros datos**

Otros Datos

Departamento:

Localidad:

Teléfono\*:

Institución de Asistencia\*:

Tiene médico tratante\*:

*Figura 6 – Otros datos*

En esta subsección, el sistema solicita el ingreso de otros datos del afectado:

- **Departamento:** Seleccione un departamento de la lista desplegable que contiene todos los departamentos.
- **Localidad:** Seleccione una localidad de la lista desplegable de localidades correspondientes al departamento seleccionado en la opción anterior.
- **Teléfono:** Ingrese el teléfono de contacto.
- **Institución de Asistencia:** Deberá seleccionar, de una lista precargada de instituciones de asistencia, la institución donde se vacunó. En el caso de que no exista la institución buscada, deberá seleccionar "Otra", con lo que se habilita un campo de "**Detalle**" donde deberá ingresar la institución faltante.
- **¿Tiene médico tratante?:** Deberá seleccionar Sí o No. En caso de seleccionar "Sí", el sistema le habilitará el ingreso de:
  - **Nombre del médico tratante:** Solicita el ingreso del nombre del médico tratante.
  - **Teléfono:** Teléfono de contacto del médico tratante.



### 1.3.1.3. Datos del evento adverso

- **Datos previos al evento**

Datos Previos al Evento

Condiciones médicas relevantes previas a la vacunación\*:

- Ninguna
- Alergias
- Diabetes
- Hepatopatías
- Disfunciones renales
- Epilepsia
- Inmunosupresión / VIH
- Tratamientos esteroides
- Enfermedades autoinmunes
- Desnutrición
- Obesidad mórbida
- No sabe
- Otros

Medicación concomitante:

Figura 7 – Datos previos al evento

En esta subsección, el sistema solicita el ingreso de datos previos al evento:

- **Condiciones médicas relevantes previas a la vacunación:** Usted deberá seleccionar una o más opciones de la siguiente lista Condiciones médicas previas al evento:
  - Ninguna
  - Alergias
  - Diabetes
  - Hepatopatías
  - Disfunciones renales
  - Epilepsia
  - Inmunosupresión/HIV
  - Tratamientos con esteroides
  - Enfermedades autoinmunes
  - Desnutrición
  - Obesidad mórbida
  - No sabe
  - Otros

- **Medicación concomitante:** Deberá ingresar medicación concomitante previa al evento.
- **Datos del evento**

Nombre de posible/s vacuna/s responsable/s\*:

Acciones	Nombre de la vacuna	Marca comercial de la vacuna
✘	Seleccionar ▼	

[+ Agregar fila](#)

¿Conoce la fecha de la aparición del evento?\*: Seleccionar ▼

¿Conoce la fecha de vacunación?\*: Si ▼

indique la fecha de vacunación: dd-mm-aaaa

¿Conoce la hora de vacunación?\*: Seleccionar ▼

Vacunatorio\*:

Vía de administración\*:  Intramuscular  
 Subcutánea  
 Intradérmica  
 Vía oral  
 No sabe  
 Otra

Sitio de aplicación\*: Seleccionar ▼

Número de lote:

¿Recibió previamente la misma vacuna?\*: Seleccionar ▼

¿Recibió al mismo tiempo otras vacunas?\*: Seleccionar ▼

¿Tiene antecedentes de reacción a vacunas?\*: Seleccionar ▼

Figura 8 – Datos previos al evento - continuación

- **Tabla de vacunas**

Usted tendrá disponible una tabla donde deberá ingresar los siguientes datos:

- **Nombre de posible/s vacuna/s responsable/s:** Podrá cargar en la columna las vacunas, seleccionando de una lista con los siguientes valores:

VACUNAS
BCG
TRIPLE BACTERIANA (DPT)
Hib
HEPATITIS B ADULTOS
TRIPLE VIRAL (SRP)
VARICELA
ANTIGRIPIAL VIAJEROS
ANTINEUMOCÓCICA 23
CÓLERA
DOBLE BACTERIANA ADULTOS (dT)
DOBLE BACTERIANA PEDIATRICA (DT)
FIEBRE TIFOIDEA
HEPATITIS A PEDIATRICA
ANTIMENINGOCÓCCICA ACYW CONJUGADA
ANTIMENINGOCÓCCICA B+C
HPV - PAPILOMA HUMANO (2 SEROTIPOS)
VPH - VIRUS PAPILOMA HUMANO (4 SEROTIPOS)
PENTAVALENTE (DPT, HB/Hib)
RABIA POST-EXPOSICIÓN
ROTAVIRUS 1S
ANTIPOLIOMELÍTICA INACTIVADA (VPI)
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dpaT)
ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA 13
FIEBRE AMARILLA
RABIA PRE-EXPOSICIÓN
HEPATITIS A Y FIEBRE TIFOIDEA
HEPATITIS A Y B ADOLESCENTES Y ADULTOS
ROTAVIRUS 5S
ANTIMENINGOCÓCCICA B
HEPATITIS B PEDIÁTRICA
HEPATITIS A ADULTOS
FIEBRE AMARILLA FRACCIONADA
ANTIGRIPIAL

- **Marca comercial de la vacuna**, si la conoce, pero este ingreso no es obligatorio.
- **¿Conoce la fecha de vacunación?:** Deberá seleccionar la opción Sí o No.



- **Indique la fecha de vacunación:** En el caso de que conozca la fecha del evento, deberá ingresarla y el sistema validará que sea menor o igual a la fecha en que está realizando el ingreso.
- **¿Conoce la hora de vacunación?:** Usted deberá indicar si conoce la hora del evento (Sí o No). En el caso de que conozca la hora del evento, deberá ingresarla.
- **Hora de vacunación:** Solicita el ingreso de la hora de vacunación.
- **Vacunatorio:** Se solicita ingresar el nombre del Vacunatorio al cual asistió.
- **Vía de administración:** Usted deberá indicar la vía de administración de la vacuna:
  - Intramuscular
  - Subcutánea
  - Intradérmica
  - Vía oral
  - No sabe
  - Otros
- **Sitio de aplicación:** Deberá indicar el sitio de aplicación de la vacuna:
  - Miembro superior derecho
  - Miembro superior izquierdo
  - Miembro inferior derecho
  - Miembro inferior izquierdo
  - Vía oral
  - No sabe
  - Otro
- **Número de lote:** Si conoce el número de lote deberá ingresarlo.
- **¿Recibió previamente la misma vacuna?:** Deberá ingresar una de las siguientes opciones: Sí, No, No sabe.
- **Recibió al mismo tiempo otras vacunas:** Deberá ingresar una de las siguientes opciones: Sí, No, No sabe. En el caso de seleccionar "Sí", deberá ingresar Cuáles.
- **¿Tiene antecedentes de reacción a vacunas?:** Deberá ingresar una de las siguientes opciones: Sí, No, No sabe. En el caso de seleccionar "Sí" deberá ingresar Cuáles.



¿Recibió al mismo tiempo otras vacunas?*	Si ▼
¿Cuales?*	<input type="text"/>
¿Tiene antecedentes de reacción a vacunas?*	Si ▼
¿Cuales?*	<input type="text"/>

Figura 9 – Datos previos al evento – continuación

### 1.3.1.4. Descripción del evento adverso

Descripción del Evento

Identificación del Evento con una sola palabra\*:

Descripción\*:

Requiere tratamiento\*:

Detallar\*:  Muerte  
 Hospitalización/Prolonga hospitalización  
 Anomalia congénita  
 Amenaza la vida  
 Discapacidad  
 Otra condición médica importante  
 No sabe

¿Requirió exámenes complementarios?\*:

Evolución (si corresponde):

Observaciones:

Figura 10 – Descripción del evento

- **Identificación del Evento con una sola palabra:** Usted deberá ingresar una palabra que identifique al evento.
- **Descripción:** Deberá ingresar una breve descripción del evento.
- **Requiere tratamiento:** Deberá indicar si requiere tratamiento seleccionando de una lista que indica Sí/No/No sabe.

Si selecciona "Sí", el sistema habilita un nuevo campo que le solicitará detallar el **"Tratamiento requerido"**

- **Detallar:** En detallar, deberá seleccionar una de las siguientes opciones:
  - Muerte
  - Hospitalización/prolonga hospitalización
  - Anomalía congénita
  - Amenaza la vida
  - Discapacidad
  - Otra condición médica importante
  - No sabe
- **¿Requirió exámenes complementarios?:** Deberá indicar si requiere exámenes complementarios seleccionando una de las siguientes opciones: Sí/No/No sabe.  
Si selecciona "Sí", deberá detallar los exámenes en el campo **Exámenes complementarios**.
- **Evolución (si corresponde):** Solicita ingrese un texto explicando la evolución del evento.
- **Observaciones:** Si lo desea, puede agregar detalles en el campo Observaciones.

En los 4 pasos anteriores, luego de completar los datos, usted presiona el botón "Siguiente", que se encuentra en la esquina inferior derecha de la pantalla.

En ese momento, el sistema realiza controles verificando el ingreso de todos los datos requeridos (se indican con un \*), incluyendo archivos adjuntos. En caso de que no se verifique el ingreso correctamente, el sistema identifica el dato faltante de la siguiente forma:

**Hay 5 errores en el formulario**

 1. [El campo "Teléfono de Contacto" es obligatorio.](#)

2. [El campo "Correo Electrónico" es obligatorio.](#)

3. [El campo "Institución" es obligatorio.](#)

4. [El campo "Tipo de notificador" es obligatorio.](#)

5. [El campo "Fecha" es obligatorio.](#)

**Hay 10 errores en el formulario**

 1. [El campo "Condiciones médicas relevantes previas a la vacunación" es obligatorio.](#)

2. [En la tabla "Nombre de posible/s vacuna/s responsable/s": la columna 'Nombre de la vacuna' en la fila 1 es requerida](#)

3. [El campo "¿Conoce la fecha de la aparición del evento?" es obligatorio.](#)

4. [El campo "¿Conoce la fecha de vacunación?" es obligatorio.](#)

5. [El campo "Vacunatorio" es obligatorio.](#)

6. [El campo "Vía de administración" es obligatorio.](#)

7. [El campo "Sitio de aplicación" es obligatorio.](#)

8. [El campo "¿Recibió previamente la misma vacuna?" es obligatorio.](#)

9. [El campo "¿Recibió al mismo tiempo otras vacunas?" es obligatorio.](#)

10. [El campo "¿Tiene antecedentes de reacción a vacunas?" es obligatorio.](#)

**Hay 5 errores en el formulario**

 1. [El campo "Identificación del Evento con una sola palabra" es obligatorio.](#)

2. [El campo "Descripción:" es obligatorio.](#)

3. [El campo "Requiere tratamiento" es obligatorio.](#)

4. [El campo "Detallar" es obligatorio.](#)


5. [El campo "¿Requirió exámenes complementarios?" es obligatorio.](#)

*Figura 11 – Errores - Faltan campos obligatorios*

### 1.3.1.5. Confirmación

El sistema emitirá un mensaje confirmando que su notificación fue ingresada en forma correcta.


**Información**

 Gracias por notificar el o los eventos adversos. Nos pondremos en contacto si se requiere algún otro dato o para realizar asesoría y seguimiento. Por consultas: Unidad de Inmunizaciones: [esavi@msp.gub.uy](mailto:esavi@msp.gub.uy) 1934 - 4051; Unidad de Farmacovigilancia: [farmacovigilancia@msp.gub.uy](mailto:farmacovigilancia@msp.gub.uy) 1934 - 5064

*Figura 12 – Finalización del trámite*

### 1.3.2. Verificar correos electrónicos recibidos de la Unidad de Inmunizaciones

Para confirmar el Inicio de trámite exitoso recibirá un correo electrónico a la casilla de correo ingresada en el formulario, con el siguiente contenido:

<b>Destinatarios</b>	Correo electrónico del usuario notificador.	<b>Asunto</b>	Notificación de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización (ESAVI)
<b>Cuerpo del mail</b>	<div style="text-align: center;">  <p><b>Ministerio de SALUD</b></p> <p><b>Inicio de trámite en línea</b></p> <p><b>Notificación de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización (ESAVI)</b></p> <p><b>Unidad de Inmunizaciones</b></p> <p>Estimado Usuario/a, su solicitud fue enviada exitosamente con el número XXXX.</p> <p>Gracias por realizar la notificación al Sistema Nacional de Farmacovigilancia. Su contribución es fundamental para fortalecer el Programa Nacional de Vacunaciones.</p> <p>Será notificado/a vía correo electrónico en cuanto la Unidad de Inmunizaciones evalúe la solicitud.</p> <p>El Código para realizar el seguimiento en línea del estado del trámite es: XXXX</p> <p>Copie el código y pegue en la página de seguimiento: <a href="#">Ingresar</a></p> <p><i>Este es un correo automático que no recibe respuestas.</i></p> </div>		

Una vez ingresada la notificación, la Unidad de Inmunizaciones la evalúa.

- Puede resolver que su notificación sea **aceptada**. Usted recibirá un correo electrónico a la casilla de correo que ingresó en el formulario notificándole la respuesta de un Funcionario a su notificación.







## 1.4. ¿Dónde puedo hacer seguimiento de mis trámites?

Usted podrá hacer seguimiento de los trámites en los que participó siempre y cuando se encuentre logueado. Únicamente se mostrarán los pasos del trámite que tuvieron participación del usuario que se encuentra logueado.

Para poder observar los trámites debe ingresar en "Mis trámites", opción que figura a la izquierda de la pantalla.

Una vez ingresado, se observará:

- ID del trámite.
- Nombre del trámite.
- Etapa en la que se encuentra el trámite. Si el trámite está finalizado, este campo figurará en blanco.
- Fecha de modificación del último paso efectuado.
- Estado del trámite.
- Acciones.

Listado de trámites		Trámites en que ha participado			
Bandeja de Entrada (45)					
Sin asignar (134)					
Mis Trámites (232)					
Id	Nombre	Etapa actual	Fecha Modificación	Estado	Acciones
1040	Consultas, Reclamos y Denuncias de los Usuarios de la Salud		19.Sep.2016 17:51:40	Completado	Ver historial →
1039	Consultas, Reclamos y Denuncias de los Usuarios de la Salud		19.Sep.2016 17:45:58	Completado	Ver historial →
1037	Consultas sobre Situaciones Ambientales u Ocupacionales		19.Sep.2016 17:44:16	Completado	Ver historial →
1036	Cambio de Prestador de Salud (Afiliación) por Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Beneficiarias no FONASA		19.Sep.2016 17:43:49	Completado	Ver historial →

Figura 13 - Trámites participados

Dentro de "Acciones", al hacer clic en "Ver historial", usted podrá ver sus participaciones dentro del trámite. Por ejemplo, al crear un trámite usted podrá observar el formulario enviado en formato no editable.



## 1.5. ¿Dónde puedo realizar consultas?

En la Unidad de Inmunizaciones:

- Dirección: Av. 18 de Julio 1892 Oficina 410
- Horario de atención: de lunes a viernes de 11:00 a 16:00 horas.
- Tels.: 1934 4050 y 1934 4051
- Correo electrónico: [inmunizaciones@msp.gub.uy](mailto:inmunizaciones@msp.gub.uy)

Mesa de ayuda del MSP:

- Vía web a través del mail: [mesadeayuda@msp.gub.uy](mailto:mesadeayuda@msp.gub.uy)
- En forma telefónica a través del 1934 int. 3233

En los canales de Atención Ciudadana:

- En forma telefónica a través del 0800 – INFO (4636) o \*463.
- Vía web a través del mail: [atencionciudadana@agesic.gub.uy](mailto:atencionciudadana@agesic.gub.uy)

En forma presencial en los Puntos de Atención Ciudadana, ver direcciones en [www.atencionciudadana.gub.uy](http://www.atencionciudadana.gub.uy)





## 1.6. Información – Soporte de Activos

Activo: Simple

Criticidad (Alta/Media /Baja): Media

Código del documento: MA-13321-003

Versión: 02

Elaborado por:

Fecha:

Área Calidad y Gestión del Cambio –Mejora Continua

Revisado por: Noelia Speranza

Fecha:

Programa Nacional de Vacunaciones

Aprobado por: Teresa Picón

Fecha:

Directora del Programa Nacional de Vacunaciones

