

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: _____ IPS vacunadora: _____ Extramural: _____
Barrio, vereda, comunidad...otro... especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de identidad N°	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulación? (3)		Ha presentado enfermedad febril aguda en el último mes?		¿Ha presentado reacción alérgica grave, después de consumir huevo de gallina? O es alérgico a eritromicina o kanamicina		Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido transfusión sanguínea(plasma), inmunoglobulinas o transplante de órganos en los últimos 3 meses?		Embarazada	Lactancia materna	Firma de los encuestados	
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				Condición para precaución especial (5)
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) **Patologías inmunosupresoras, entre otras:** Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoidea, enfermedad del timo, (incluye timentomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastemias graves, tumor del timo o extirpación. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH asintomáticos, previa autorización del médico tratante.

(2) **Medicamentos inmunosupresores:** corticoides (uso continuo por mas de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antiretrovirales.

(3) **Tiene problemas de coagulación:** púrpura trombocitopénica, lesiones hemorrgicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) **Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse:** BCG, rubeola, sarampión y paperas, varicela. (se aplican simultaneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiere tifoidea, esperar 3 semanas

(5) **Condición para precaución especial,** solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	<p>Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR</p> <p>Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR</p>	Nombre del encuestador o vacunador: _____
--------------------	--	---