

Estudio de Vigilancia activa de Vacunas contra COVID-19: "Estudio ViVa"

Estudio Observacional, longitudinal, multicéntrico, para realizar seguimiento de seguridad en personas vacunadas contra COVID-19.

Centro principal: Hospital Nacional de Clínicas (HNC)

Investigadora Principal: Dra. Nelly Raquel Herrera Comoglio

Evaluated por el Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud (CIEIS) del HNC
PROTOCOLO 4258 - ENMIENDA 7805

Registro: Libro de Actas III, N° 208 (08 de abril de 2021)

Centro colaborador: Centro de Información de Medicamentos (CIME), Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Efector periférico del Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFVG) y participante del Sistema Unificado de Farmacovigilancia (SUFV) de la Provincia de Córdoba.

Coordinadoras/subinvestigadoras: Dras. María Eugenia Olivera (teléfono 351 5179264) y Sonia Uema (teléfono 351 5186278).

***Obligatorio**

Usted está siendo invitado a participar de la investigación "Estudio de Vigilancia activa de Vacunas contra COVID-19. Estudio ViVa"

Esta encuesta forma parte de un proyecto de investigación. El estudio ha sido diseñado con la finalidad de saber si las personas vacunadas contra COVID-19 han presentado efectos adversos (tempranos o tardíos) posteriores a la vacunación, y si en algunos casos la vacuna no logró hacer efecto, es decir, si la vacuna no pudo prevenir la aparición de enfermedad COVID clínica, ya sea leve, moderada o grave. Para esto es necesario que Ud. responda unas preguntas después de recibir la vacuna y, luego, a los seis meses y al año de la vacunación.

Este seguimiento es necesario porque, en el contexto actual de pandemia por COVID-19, las vacunas contra esta enfermedad han recibido autorización de emergencia en base a resultados de estudios que no completaron su seguimiento prolongado, que suele ser de 2 o 3 años. El conocer estos datos permitirá contribuir a un mejor conocimiento de la efectividad y seguridad de cada vacuna, por ello insistimos en la necesidad de la certeza de sus respuestas.

Su participación es estrictamente libre y voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si usted acepta participar deberá completar la encuesta telefónica, virtual o presencial que le tomará aproximadamente de 5 a 10 minutos de su tiempo, dependiendo del momento en que se realice.

En la primera encuesta (aprox. 10 min.) se le preguntarán algunos datos personales e información sobre factores de riesgo, de fecha de colocación de la vacuna, dosis (primera o segunda) y si Ud. ha tenido COVID-19 o infección por SARS-CoV-2 previamente a su colocación. En la segunda y tercera encuestas (después de la primera y segunda dosis respectivamente) se le preguntará acerca de posibles eventos adversos posteriores a la vacunación y de síntomas compatibles con COVID-19, su gravedad o severidad. A los seis y doce meses después de la primera dosis, se le preguntará acerca de eventos adversos no inmediatamente posteriores a la vacunación, y si ha presentado enfermedad clínica de COVID-19, en caso afirmativo se le preguntará si ha sido moderada o grave.

En resumen, usted tendrá el siguiente cronograma de entrevistas:

- Entrevista de reclutamiento: para brindar información y firmar consentimiento.
- Segunda entrevista: de 10 a 35 días posteriores a la administración de la primera dosis.
- Tercera entrevista: de 10 a 15 días posteriores a la administración de la segunda dosis.

HOJA DE
INFORMACIÓN
AL
PARTICIPANTE

- Cuarta entrevista: a los 6 meses de la primera dosis.
- Quinta entrevista: a los 12 meses de la primera dosis.

= ACLARACIÓN: ESTE PROTOCOLO PUEDE SUFRIR MODIFICACIONES, YA QUE SE ADAPTARÁ A LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN EN CURSO =

Usted no recibirá beneficio económico ni de otro tipo por participar. Tampoco se verá perjudicado si no lo hace y podrá gozar de los todos beneficios que le corresponden en cuanto a su asistencia en las instituciones de salud. La información que usted proporcione quedará guardada con un código de letras y números, sin su nombre, iniciales ni otro dato que pudiera identificarlo, en una base de datos que después será procesada y analizada por los responsables del proyecto. Toda su información se encuentra protegida por la ley 25326 de Protección de datos personales. Dichos resultados serán expresados en porcentajes, promedios y otros parámetros estadísticos, con lo que la identidad de los participantes, así como sus respuestas individuales, no podrán ser conocidas por persona alguna, a excepción del investigador responsable, el comité de ética o los organismos oficiales que regulan las investigaciones en seres humanos.

La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, dependiente de la Agencia de acceso a la Información Pública, organismo de control de la ley 25.326, tiene la atribución de atender las consultas, denuncias o reclamos que se interpongan con relación a cualquier cuestión respecto de la protección de los datos personales. A tal efecto, podrá dirigirse a: Avenida Presidente General Julio Argentino Roca 710 2° piso – CABA, www.argentina.gob.ar/aaip.

Los resultados de las respuestas que usted y todas las personas participantes proporcionen se analizarán y los resultados podrán ser difundidos y publicados sin ningún identificador personal, no existiendo forma alguna de relacionar los mismos con un individuo particular. Ninguno de los participantes obtendrá beneficios ni retribución económica por responder. Los datos no podrán ser anulados una vez respondida la encuesta.

Si tiene dudas sobre este proyecto, antes de responder la encuesta, usted puede contactar al Centro de Información de Medicamentos (cimecord@fcq.unc.edu.ar), o con las Sub-Investigadoras Dra. María Eugenia Olivera (3515179264) o Dra. Sonia Uema (3515186278).

Este estudio ha sido evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud del Hospital Nacional de Clínicas. Si tiene dudas sobre sus derechos como sujeto de investigación puede dirigirse a la Coordinadora del Comité. Contacto: suvanoni@gmail.com. También puede dirigirse a: Co.E.I.S. (Concejo de Evaluación Ética de la Investigación en Salud), Hospital Misericordia, Ciudad de Córdoba, Teléfono 0351-156846590.

Si en algún momento Ud. decidiera que no desea seguir

participando en este estudio, contáctese con el equipo del estudio a través del correo electrónico cimecord@fcg.unc.edu.ar, o con las sub Investigadoras Dra. María Eugenia Olivera (3515179264) o Dra. Sonia Uema (3515186278).

A partir del momento en que Ud. comunique que no desea seguir participando, no será contactado en lo sucesivo, pero los datos que ha proporcionado anteriormente se conservarán.

Si acepta participar en este estudio, se le enviará el texto de este consentimiento por correo electrónico u otros medios virtuales. Si lo ha respondido en forma presencial, se le entregará además un original de este consentimiento en papel.

Aceptar participar en el estudio significa que Ud. ha comprendido la finalidad de su participación y otorga su "Consentimiento informado" para realizar el procesamiento estadístico y la publicación de los resultados.

FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO
INFORMADO. Protocolo
"Estudio de Vigilancia activa
de Vacunas contra COVID-
19. Estudio ViVa"

Estudio Observacional, longitudinal, multicéntrico, para realizar seguimiento de seguridad en personas vacunadas contra COVID-19.

He leído (o se me han leído) estas hojas de información y he comprendido que este estudio:

- Se realiza en personas que han sido vacunadas contra COVID-19 y aceptan participar en el estudio con el fin de conocer mejor los efectos de la vacuna en nuestra población.
- Consiste en una serie de preguntas acerca de mí y mi salud.
- Los datos que yo proporcione serán guardados bajo un código, sin mi nombre ni otro dato que pudiera identificarme.
- No se prevé ningún beneficio para mi persona, pero mi participación puede ayudar a que se sepa más acerca de las vacunas contra COVID-19.
- No se prevé ningún daño para mi persona, porque se trata de responder preguntas.
- No es una consulta médica, debo asistir al médico por cualquier problema de salud.
- Si acepto participar y luego cambio de opinión, puedo dejar de participar en cualquier momento.

1. ¿Usted desea participar del estudio? *

Marca solo un óvalo.

- Sí acepto participar en el Estudio Viva
- No acepto participar en el Estudio Viva

Datos personales y demográficos

2. 1) Apellido completo *

3. 2) Nombre/s completo/s *

4. 3) Número de DNI (sin puntos ni espacios) *

5. 4) Teléfono de contacto *

Para contactarle en caso de requerir más información o si prefiere una entrevista telefónica. Si es un teléfono celular: código de área sin "0" (cero) y el número de abonado sin 15 (quince). Ejemplos: 351 1234567 / 3547 123456 / 11 12345678

6. Modo de contacto *

Marque su preferencia para completar el formulario y cómo ser contactado.

Marca solo un óvalo.

- Envío del cuestionario por WhatsApp para completar en línea (encuesta autoadministrada)
- Envío del cuestionario por email para completar en línea (encuesta autoadministrada)

7. 5) Fecha de Nacimiento *

Precisar en formato día/mes/año. Ejemplo: 20/01/1985

8. 6) Peso (en kilogramos: ej. 85.6) *

9. 7) Altura (en metros: ej. 1.80) *

10. 8) Identidad de Género *

Marca solo un óvalo.

Mujer

Varón

Otra identidad de género

Prefiero no decirlo

11. 9) Provincia/jurisdicción *

Marca solo un óvalo.

- Córdoba
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)
- Buenos Aires
- Catamarca
- Chaco
- Chubut
- Corrientes
- Entre Ríos
- Formosa
- Jujuy
- La Pampa
- La Rioja
- Mendoza
- Misiones
- Neuquén
- Río Negro
- Salta
- San Juan
- San Luis
- Santa Cruz
- Santa Fe
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego
- Tucumán

12. 10) Localidad *

13. 11) ¿Usted trabaja en la Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

14. 12) Ocupación *

Marca solo un óvalo.

Personal de salud con trato directo con pacientes COVID-19

Personal de salud sin trato directo con pacientes COVID-19

Otro personal esencial con atención al público

Otro personal esencial sin atención al público

No soy personal esencial

Condiciones clínicas relevantes previas a la vacunación

15. Indique cuáles de las siguientes condiciones clínicas presenta *

Selecciona todos los que correspondan.

- Alergias
- Convulsiones
- Enfermedades autoinmunes
- Embarazo
- Inmunosupresión/ huéspedes especiales
- Convive con paciente inmunodeprimido
- Desnutrición
- Obesidad
- Hipertensión
- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad hepática crónica
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- VIH/SIDA
- Fumador (tabaco)
- Exfumador (tabaco)
- Ninguna
- Otro: _____

Antecedente de COVID 19

16. ¿Usted tuvo la enfermedad? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No/no sé *Salta a la pregunta 26*

Información sobre la
enfermedad COVID 19

En caso de haber cursado una reinfección, informe primero sobre la primera ocasión.

17. ¿Fue confirmada por test de laboratorio? *

Marca solo un óvalo.

- Sí, por PCR
- Sí, otro test
- No (solo diagnóstico médico)

18. ¿Cuándo fue diagnosticado/a de COVID 19? *

Indique una fecha lo más precisa posible

Ejemplo: 7 de enero del 2019

19. Con relación a la gravedad de la enfermedad *

Marca solo un óvalo por fila.

	Sí	No
Sintomático (ambulatorio, sin limitación de la actividad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sintomático (ambulatorio, con necesidad de asistencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requirió hospitalización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requirió oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuvo en terapia intensiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necesitó asistencia respiratoria mecánica (con respirador)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Si a usted le hicieron un test de nivel de anticuerpos post-COVID-19, informe a continuación el resultado y la fecha (día/mes/año):

21. ¿Se reinfectó? *

En caso de haber cursado por segunda vez con la enfermedad (COVID-19), marque "sí"

Marca solo un óvalo.

Sí

No/No sé *Salta a la pregunta 26*

COVID-19: reinfección con SARS-CoV-2

22. ¿Fue confirmada la reinfección por test de laboratorio? *

Marca solo un óvalo.

- Sí, por PCR
- Sí, otro test
- No (solo diagnóstico médico)

23. ¿Cuándo fue diagnosticado/a de COVID 19? *

Indique una fecha lo más precisa posible

Ejemplo: 7 de enero del 2019

24. Con relación a la gravedad de la enfermedad *

De la segunda ocasión (reinfección)

Marca solo un óvalo por fila.

	Sí	No
Sintomático (ambulatorio, sin limitación de la actividad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sintomático (ambulatorio, con necesidad de asistencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requirió hospitalización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requirió oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuvo en terapia intensiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necesitó asistencia respiratoria mecánica (con respirador)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Si a usted le hicieron un test de nivel de anticuerpos post-COVID-19, informe a continuación el resultado y la fecha (día/mes/año):

Datos de la Primera dosis

26. Tipo de Vacuna *

Marca solo un óvalo.

- Sputnik-V/Instituto Gamaleya
- Sputnik Light/Instituto Gamaleya
- Covishield u Oxford/Astra Zeneca
- BBIBP-CorV/Sinopharm
- CONVIDECIA/Cansino
- COMIRNATY/Pfizer
- JANSSEN COVID 19/Johnson & Johnson
- MODERNA/Moderna
- Otra

27. Fecha de recepción de la primera dosis *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

28. Número de Lote

29. Si le midieron el nivel de anticuerpos luego de la primera dosis, informe a continuación el resultado y la fecha (día/mes/año):

Eventos adversos posteriores a la vacuna contra COVID 19

SE CONSIDERA EVENTO ADVERSO
CUALQUIER SÍNTOMA NO DESEADO

30. ¿Experimentó algún evento adverso relacionado con la vacunación? *

Con la PRIMERA DOSIS

Marca solo un óvalo.

Sí

No *Salta a la pregunta 44*

Eventos adversos frecuentes asociados a la vacuna contra COVID 19

Referidos a la PRIMERA DOSIS

31. ¿Experimentó alguno de los eventos adversos más frecuentes (reacciones en el sitio de inyección, fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, náuseas, vómitos, diarrea, malestar general)? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No *Salta a la pregunta 37*

Información de eventos adversos frecuentes asociados a la vacuna contra COVID 19

Referidos a la PRIMERA DOSIS

32. Indique cuál/es de estos eventos adversos experimentó *

Selecciona todos los que correspondan.

- Dolor, hinchazón y aumento de temperatura en el sitio de inyección
- Fiebre (a partir de 38°C)
- Dolor de cabeza
- Dolor muscular y articular
- Náuseas y vómitos
- Diarrea
- Cansancio
- Malestar general

33. Describa con mayor detalle en qué consistió o consistieron el/los evento/s adverso/s que seleccionó anteriormente, incluyendo su duración. Ejemplo: fiebre de 38,5 °C por la tarde, durante dos días.

34. Fecha de aparición de los eventos adversos *
- Ingrese una fecha lo más precisa posible.

Ejemplo: 7 de enero del 2019

35. Otra fecha de aparición de estos eventos frecuentes
- Si hubiese otra fecha diferente a la indicada antes, ingrese una fecha lo más precisa posible referida a estos eventos frecuentes.

Ejemplo: 7 de enero del 2019

36. ¿Ha/n desaparecido el/los evento/s adverso/s? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- Estoy mejor pero continúan algunos síntomas
- No, sin diferencia
- No sé

Otros eventos adversos
posteriores a la vacuna contra
COVID 19

Eventos no listados entre los frecuentes y
referidos a la PRIMERA DOSIS

37. ¿Experimentó algún otro evento adverso relacionado con la vacunación? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No Salta a la pregunta 42

Información de otros eventos adversos posteriores a la vacuna contra COVID 19

Referidos a la PRIMERA DOSIS

38. Descripción de otros eventos adversos *

Describa en qué consistió o consistieron los eventos adversos (indicar signos y síntomas), incluyendo su duración.

39. Fecha de aparición de otro/s evento/s adverso/s *

Ingrese una fecha lo más precisa posible.

Ejemplo: 7 de enero del 2019

40. Otra fecha de aparición de otro/s evento/s adverso/s

Si hubiese otra fecha diferente a la indicada antes, ingrese una fecha lo más precisa posible referida a estos eventos.

Ejemplo: 7 de enero del 2019

41. ¿Ha/n desaparecido el/los evento/s adverso/s? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- Estoy mejor pero continúan algunos síntomas
- No, sin diferencia
- No sé

Tratamiento del evento adverso

42. Ante la aparición del o de los evento/s adverso/s, indique si requirió *

Marca solo un óvalo por fila.

	Sí	No
Atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar alguna medicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internación (fue hospitalizado/a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Segunda dosis

43. ¿Recibió la segunda dosis? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No *Salta a la pregunta 79*

Datos de la Segunda dosis

44. Tipo de Vacuna *

Marca solo un óvalo.

- Sputnik-V/ Instituto Gamaleya
- Sputnik Light/Instituto Gamaleya
- Covishield u Oxford/Astra Zeneca
- BBIBP-CorV/Sinopharm
- CONVIDECIA/Cansino
- COMIRNATY/Pfizer
- JANSSEN COVID 19/Johnson & Johnson
- MODERNA/Moderna
- Otra

45. Fecha de recepción de la segunda dosis *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

46. Número de Lote

47. Si le midieron el nivel de anticuerpos luego de la segunda dosis, informe a continuación el resultado y la fecha (día/mes/año):

Salta a la pregunta 48

Eventos adversos posteriores a la vacuna
contra COVID 19

Referidos a la SEGUNDA
DOSIS

48. ¿Experimentó algún evento adverso relacionado con la vacunación? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No Salta a la pregunta 61

Eventos adversos frecuentes asociados a la vacuna contra COVID 19

Referidos a la SEGUNDA DOSIS

49. ¿Experimentó alguno de los eventos adversos más frecuentes (reacciones en el sitio de inyección, fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, náuseas, vómitos, diarrea, malestar general)? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No Salta a la pregunta 55

Información de eventos adversos frecuentes asociados a la vacuna contra COVID 19

Referidos a la SEGUNDA DOSIS

50. Indique cuál/es de estos eventos adversos experimentó *

Selecciona todos los que correspondan.

- Dolor, hinchazón y aumento de temperatura en el sitio de inyección
- Fiebre (a partir de 38°C)
- Dolor de cabeza
- Dolor muscular y articular
- Náuseas y vómitos
- Diarrea
- Cansancio
- Malestar general

51. Describa con mayor detalle en qué consistió o consistieron el/los evento/s adverso/s que seleccionó anteriormente, incluyendo su duración. Ejemplo: fiebre de 38,5 °C por la tarde, durante dos días.

52. Fecha de aparición de los eventos adversos *
- Ingrese una fecha lo más precisa posible.

Ejemplo: 7 de enero del 2019

53. Otra fecha de aparición de estos eventos frecuentes
- Si hubiese otra fecha diferente a la indicada antes, ingrese una fecha lo más precisa posible referida a estos eventos frecuentes.

Ejemplo: 7 de enero del 2019

54. ¿Ha/n desaparecido el/los evento/s adverso/s? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- Estoy mejor pero continúan algunos síntomas
- No, sin diferencia
- No sé

Otros eventos adversos
posteriores a la vacuna contra
COVID 19

Eventos no listados entre los frecuentes y
referidos a la SEGUNDA DOSIS

55. ¿Experimentó algún otro evento adverso relacionado con la vacunación? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No *Salta a la pregunta 60*

Información de otros eventos adversos posteriores
a la vacuna contra COVID 19

Referidos a la
SEGUNDA DOSIS

56. Descripción de otros eventos adversos *

Describa en qué consistió o consistieron los eventos adversos (indicar signos y síntomas), incluyendo su duración.

57. Fecha de aparición de otro/s evento/s adverso/s *

Ingrese una fecha lo más precisa posible.

Ejemplo: 7 de enero del 2019

58. Otra fecha de aparición de otro/s evento/s adverso/s

Si hubiese otra fecha diferente a la indicada antes, ingrese una fecha lo más precisa posible referida a estos eventos.

Ejemplo: 7 de enero del 2019

59. ¿Ha/n desaparecido el/los evento/s adverso/s? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- Estoy mejor pero continúan algunos síntomas
- No, sin diferencia
- No sé

Tratamiento del evento adverso

60. Ante la aparición del o de los evento/s adverso/s, indique si requirió *

Marca solo un óvalo por fila.

	Sí	No
Atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar alguna medicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internación (fue hospitalizado/a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dosis adicional o de refuerzo - 3ra dosis

61. ¿Recibió una tercera dosis? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No *Salta a la pregunta 79*

Datos de la 3ra dosis

Dosis adicional o de refuerzo

62. Tipo de Vacuna *

Marca solo un óvalo.

- Sputnik-V/ Instituto Gamaleya
- Sputnik Light/Instituto Gamaleya
- Covishield u Oxford/Astra Zeneca
- BBIBP-CorV/Sinopharm
- CONVIDECIA/Cansino
- COMIRNATY/Pfizer
- JANSSEN COVID 19/Johnson & Johnson
- MODERNA/Moderna
- Otra

63. Fecha de recepción de la tercera dosis *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

64. Número de Lote

65. Si le midieron el nivel de anticuerpos luego de la tercera dosis, informe a continuación el resultado y la fecha (día/mes/año):

Eventos adversos posteriores a la vacuna
contra COVID 19

Referidos a la TERCERA
DOSIS

66. ¿Experimentó algún evento adverso relacionado con la vacunación? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No Salta a la pregunta 79

Eventos adversos frecuentes asociados a la vacuna contra COVID 19

Referidos a la
TERCERA DOSIS

67. ¿Experimentó alguno de los eventos adversos más frecuentes (reacciones en el sitio de inyección, fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, náuseas, vómitos, diarrea, malestar general)? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No Salta a la pregunta 73

Información de eventos adversos frecuentes asociados a la vacuna contra COVID 19

Referidos a la
TERCERA DOSIS

68. Indique cuál/es de estos eventos adversos experimentó *

Selecciona todos los que correspondan.

- Dolor, hinchazón y aumento de temperatura en el sitio de inyección
- Fiebre (a partir de 38°C)
- Dolor de cabeza
- Dolor muscular y articular
- Náuseas y vómitos
- Diarrea
- Cansancio
- Malestar general

69. Describa con mayor detalle en qué consistió o consistieron el/los evento/s adverso/s que seleccionó anteriormente, incluyendo su duración. Ejemplo: fiebre de 38,5 °C por la tarde, durante dos días.

70. Fecha de aparición de los eventos adversos *

Ingrese una fecha lo más precisa posible.

Ejemplo: 7 de enero del 2019

71. Otra fecha de aparición de estos eventos frecuentes

Si hubiese otra fecha diferente a la indicada antes, ingrese una fecha lo más precisa posible referida a estos eventos frecuentes.

Ejemplo: 7 de enero del 2019

72. ¿Ha/n desaparecido el/los evento/s adverso/s? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- Estoy mejor pero continúan algunos síntomas
- No, sin diferencia
- No sé

Otros eventos adversos
posteriores a la vacuna contra
COVID 19

Eventos no listados entre los frecuentes y
referidos a la TERCERA DOSIS

73. ¿Experimentó algún otro evento adverso relacionado con la vacunación? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No *Salta a la pregunta 78*

Información de otros eventos adversos posteriores a la vacuna contra COVID 19

Referidos a la
TERCERA DOSIS

74. Descripción de otros eventos adversos *

Describa en qué consistió o consistieron los eventos adversos (indicar signos y síntomas), incluyendo su duración.

75. Fecha de aparición de otro/s evento/s adverso/s *

Ingrese una fecha lo más precisa posible.

Ejemplo: 7 de enero del 2019

76. Otra fecha de aparición de otro/s evento/s adverso/s

Si hubiese otra fecha diferente a la indicada antes, ingrese una fecha lo más precisa posible referida a estos eventos.

Ejemplo: 7 de enero del 2019

77. ¿Ha/n desaparecido el/los evento/s adverso/s? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- Estoy mejor pero continúan algunos síntomas
- No, sin diferencia
- No sé

Tratamiento del evento adverso

78. Ante la aparición del o de los evento/s adverso/s, indique si requirió *

Marca solo un óvalo por fila.

	Sí	No
Atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar alguna medicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internación (fue hospitalizado/a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otros medicamentos

79. ¿Recibió alguna otra vacuna dentro de las semanas próximas (anteriores o posteriores) a la vacunación contra COVID-19? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

80. Otros Medicamentos/vacunas *

Listar o describir qué medicamentos, vitaminas, suplementos dietarios, plantas medicinales, entre otros, estaba utilizando el día de la vacunación. En caso de no recibir otra medicación completar con "no corresponde". Si respondió "sí" a la pregunta anterior, especifique la/s vacuna/s recibida/s.

81. ¿Informó el evento adverso en el Ciudadano Digital (CiDi) o Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA)? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sé
- No corresponde (no tuve eventos adversos)

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

