

## VIGILANCIA DE ENFERMEDADES ZONÓTICAS Y VECTORIALES

### FICHA DE NOTIFICACIÓN

DATOS DEL NOTIFICANTE				
Institución notificante:				
Fecha de notificación: / /		Nombre del notificante:		
DATOS DEL PACIENTE				
C.I N°:		Nombre y apellido:		
Fecha de nacimiento: / /		Edad: años ( ) meses ( )	Sexo: M ( ) F ( )	
Departamento:		Distrito:	Localidad/Barrio:	
Dirección:		N°	Teléfono:	
Comorbilidad/Factor de riesgo: Sí ( ) No ( ) Cuál:				
Fiebre: Sí ( ) NO ( )		Referida ( ) Graduada ( ) Temp °C:	Fecha de inicio: / /	
Hospitalizado: Sí ( ) NO ( )		Servicio de salud:	Fecha Hospitalización: / /	
Falleció: Sí ( ) No ( )		Fecha de óbito: / /	Fecha de consulta: / /	
Antecedentes de viaje: Sí ( ) NO ( )		Lugar:	Fecha de viaje: / / Fecha de regreso: / /	
Hay casos similares en su entorno: Sí ( ) NO ( )		Ocupación:	Lugar de trabajo:	
NOTIFICACIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE: (marcar con una X la sospecha)				
<b>SOSPECHA DE HANTAVIRUS (.....)</b> Persona con fiebre de inicio súbito igual o mayor a 38°C y uno o más de los siguientes síntomas: mialgias, disnea, náuseas, vómitos, tos, escalofríos, cefalea y dolor abdominal, con antecedentes de viaje o residente en zona endémica (Región Occidental) o en áreas de riesgo de la Región Oriental.				
<b>SOSPECHA DE FIEBRE AMARILLA (.....)</b> Persona procedente de área con riesgo de transmisión para Fiebre amarilla, que presenta fiebre de inicio súbito, seguido de ictericia o síntomas hemorrágicos y que no cuente con vacuna antiamarilíca o no recuerde haberse vacunado.				
<b>SOSPECHA LEPTOSPIROSIS (.....)</b> Persona con fiebre de inicio súbito, igual o mayor a 38°C, acompañada de uno o más de los siguientes síntomas: mialgias, cefalea, inyección conjuntival, sin afección de vías aéreas superiores y sin otra etiología aparente, seguida o no de ictericia, insuficiencia renal, hemorragias, y con antecedente de actividad de riesgo para leptospirosis.				
<b>SOSPECHA DE BRUCELOSIS (.....)</b> Persona con fiebre de inicio agudo, con historial epidemiológico sugestivo ocupacional o de contacto con productos de origen animal, y al menos dos de los siguientes síntomas: transpiración profusa, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea, dolor generalizado.				
SIGNOS Y SÍNTOMAS (marcar con una X)				
Cefalea ( )	Náuseas ( )	Tos ( )	Inyección conjuntival ( )	Ictericia ( )
Mialgias ( )	Vómitos ( )	Disnea ( )	Hemorragias ( )	Insuficiencia renal ( )
Artralgias ( )	Dolor abdominal ( )	Taquipnea ( )	Oligoanuria ( )	Afectación hepática ( )
Dorsalgia ( )	Astenia ( )	Escalofríos ( )	Sudoración profusa ( )	Shock ( )
<b>Otros síntomas:</b>				
<b>Factor de riesgo epidemiológico:</b>				
DATOS LABORATORIALES				
Laboratorio del Servicio: Hto: % GB:		Fórmula: / / / /		Plaq.: /mm <sup>3</sup> . VSG: mm
GOT: GPT:		Bilirrubina directa:		Bilirrubina indirecta:
Toma de muestra para diagnóstico etiológico:		Sí ( ) NO ( )		Fecha toma de muestra: / /
Resultado del Laboratorio de Referencia Nacional		IgM ( ) IgG ( ):_____		Fecha de resultado: / /
<b>Resultados para Brucelosis:</b>				
PAT- Prueba rápida en placa: RB - Rosa de Bengala:		BPA- Antígeno buferado en placa: SAT- Seroaglutinación lenta:		2-MEPrueba del 2 Mercaptoetanol:



## FICHA DE NOTIFICACION DE ENFERMEDADES VECTORIALES Y ZONÓTICAS - INSTRUCTIVO

### DATOS DEL NOTIFICANTE:

**Institución notificante:** Nombre de la Institución/Establecimiento de Salud en donde el caso está siendo investigado. **Fecha de notificación:** Fecha en que ingresa al sistema. **Nombre del notificante:** Nombre y apellido del personal de salud que completa el presente documento/ficha.

### DATOS DEL PACIENTE:

**Cédula de Identidad:** Número de cédula de identidad. **Nombres y apellidos, Edad** marcar con una (X) si es años o meses, **Fecha de Nacimiento.** se registra en formato de fecha DD/MM/AA **Sexo, M** (masculino) **F** (femenino). Completar con los datos de la cédula de identidad en lo posible.

**Teléfono:** Número de teléfono para contactar con el sospechoso y/o responsable del mismo. Línea baja o celular, donde ubicar al paciente. **Departamento, Distrito, Localidad/Barrio, Dirección (calles/referencia), N° de vivienda:** Registrar detalladamente la dirección donde reside el paciente, para eventualmente ubicarlo.

### DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE:

**Comorbilidad/Fact. Riesgo:** Marcar con una (X) SI o NO, en caso de afirmación. **Cuál:** en el caso de que la respuesta sea **SI**, describir la comorbilidad o el factor de riesgo (Ejemplo: embarazo)

**Fiebre:** Marcar con una (X) SI o NO, en caso de afirmación. **Referida o Graduada** Marcar con una (X) si es referida o graduada. **Temp. ( )°C:** Registrar temperatura.

**Fecha de inicio de síntomas o fiebre:** campo obligatorio que se registra en formato de fecha DD/MM/AA.

**Hospitalizado:** Marcar con una (X) SI o NO, en caso de afirmación en el caso de que la respuesta sea SI, escribir la **Fecha de hospitalización:** en formato de fecha DD/MM/AA **y Lugar:** describir servicio donde se encuentra hospitalizado. **Fallecido:** Marcar con una (X) SI o NO, en caso de afirmación.

**Fecha de fallecido/Óbito:** registrar en formato de fecha DD/MM/AA de **fallecido/Óbito** según certificado de defunción. **Fecha de consulta:** registrar en formato de fecha DD/MM/AA cuando realizó su primera consulta.

**Viajó durante los últimos 45 días:** Marcar con una (X) SI o NO, en caso de afirmación. **Fecha:** registrar en formato de fecha DD/MM/AA de viaje. **Lugar:** Describir la zona de viaje. **Hay casos similares actualmente en su entorno:** Marcar con una (X) SI o NO. **Ocupación:** escribir la actividad a la que se dedica. **Lugar de trabajo:** Departamento, Distrito, Localidad donde trabaja.

### NOTIFICACION DE SOSPECHA:

Marca una o más SOSPECHAS probables: Utilizar las siguientes definiciones de casos sospechosos, marcar con una (X).

### SIGNOS Y SINTOMAS:

Marcar con una (X) uno o más signos y síntomas observados. **Otros síntomas:** describir otros síntomas observados, que no se detallan en la opción anterior. **Factor de riesgo epidemiológico:** describir uno o más factores de riesgo epidemiológico identificado (ejemplo: lugar de residencia o de trabajo, viajes realizados, ocupación o profesión sugestiva, contacto con animales, no contar con vacunación anti amarílica, etc).

### DATOS DE LABORATORIO:

**Registrar los valores de laboratorio del Servicio:** Hematocrito Hto, Glóbulos blanco Gb, Fórmula leucocitaria, Plaquetas, VSG velocidad de sedimentación, GOT, GPT, Bilirrubina directa e indirecta.

**Toma de muestra para diagnóstico etiológico:** Marcar con una (X) SI o NO se ha tomado muestra. **Fecha de Toma:** se registra en formato la fecha DD/MM/AA de toma de muestra para el diagnóstico etiológico.

**Resultado de Laboratorio de Referencia Nacional LCSP: IgM** marcar con una (+) si el resultado es positivo y con una (-) si el resultado es negativo. **IgG** marcar con una (+) si el resultado es positivo y con una (-) si el resultado es negativo, escribir al lado para cual patología (Hantavirus, Fiebre amarilla, Leptospirosis, Brucelosis). Para Brucelosis, registrar los valores para **PAT:** prueba rápida en placa, **RB:** Rosa de Bengala, **BPA:** prueba del Antígeno Buferado en Placa, **SAT:** Seroaglutinación lenta en tubo, **2-ME:** Prueba del 2 Mercaptoetanol. **Fecha de resultado:** se registra en formato la fecha DD/MM/AA de resultado del diagnóstico etiológico.