

SIVE - ALERTA
EPI 1 - Individual

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA _____

I. Datos Notificación	1. Institución	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MSP</td><td>IESS</td><td>FFAA</td><td>POLI</td><td>JBG</td><td>MEC</td><td>DRS</td><td>PRIV</td><td>ONG</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center">x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	DRS	PRIV	ONG	x									2. Nombre Unidad que notifica:	_____																																									
	MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	DRS	PRIV	ONG																																																						
	x																																																														
3. Ubicación Unidad	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:300px;">Provincia</td> <td style="width:200px;">Cantón</td> <td style="width:200px;">Parroquia</td> </tr> </table>	Provincia	Cantón	Parroquia																																																											
Provincia	Cantón	Parroquia																																																													
4. Fecha de atención	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50px;">día</td> <td style="width:50px;">mes</td> <td style="width:50px;">año</td> </tr> </table>	día	mes	año	5. Nombre de quien notifica	_____																																																									
día	mes	año																																																													
II. Datos del paciente	6. Nombre	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:150px;">Primer Apellido</td> <td style="width:150px;">Segundo apellido</td> <td style="width:150px;">Primer nombre</td> <td style="width:150px;">Segundo nombre</td> </tr> </table>	Primer Apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. No. de documento de identificación	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td> </tr> </table>																																																							
	Primer Apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																																																											
	8. Número de Expediente / Historia clínica	_____	9. Nacionalidad	_____																																																											
	10. Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	11. Fecha de nacimiento:	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50px;">día</td> <td style="width:50px;">mes</td> <td style="width:50px;">año</td> </tr> </table>	día	mes	año	12. Edad en:	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30px;">Años</td> <td style="width:30px;">Meses</td> <td style="width:30px;">Días</td> </tr> </table>	Años	Meses	Días																																																			
día	mes	año																																																													
Años	Meses	Días																																																													
13. Lugar residencia:	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:300px;">Provincia</td> <td style="width:200px;">Cantón</td> <td style="width:200px;">Parroquia</td> </tr> </table>	Provincia	Cantón	Parroquia																																																											
Provincia	Cantón	Parroquia																																																													
14. Dirección exacta	_____	Telf:	_____																																																												
15. Lugar probable de infección:	_____																																																														
III. Datos Clínicos	16. Fecha de inicio de síntomas	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50px;">día</td> <td style="width:50px;">mes</td> <td style="width:50px;">año</td> </tr> </table>	día	mes	año	17. Diagnóstico inicial:	_____																																																								
	día	mes	año																																																												
18. Embarazada :	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	19. Semanas de Gestación:	_____																																																												
IV. Muestras para laboratorio	20. Muestra de laboratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	21. Tipo de muestra	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align:center;">Fecha toma</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="width:30px;">día</td> <td style="width:30px;">mes</td> <td style="width:30px;">año</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		Fecha toma				día	mes	año	1.				2.				3.																																										
		Fecha toma																																																													
		día	mes	año																																																											
1.																																																															
2.																																																															
3.																																																															
22. Nombre y ubicación del laboratorio	_____																																																														
V. Laboratorio	23. Tipo de muestra	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align:center;">Fecha recepción</td> <td colspan="2" style="text-align:center;">Muestra adecuada</td> <td colspan="3" style="text-align:center;">Fecha de procesamiento</td> <td colspan="3" style="text-align:center;">Fecha entrega Resultado</td> </tr> <tr> <td style="width:30px;">día</td> <td style="width:30px;">mes</td> <td style="width:30px;">año</td> <td style="width:30px;">si</td> <td style="width:30px;">no</td> <td style="width:30px;">día</td> <td style="width:30px;">mes</td> <td style="width:30px;">año</td> <td style="width:30px;">día</td> <td style="width:30px;">mes</td> <td style="width:30px;">año</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Fecha recepción			Muestra adecuada		Fecha de procesamiento			Fecha entrega Resultado			día	mes	año	si	no	día	mes	año	día	mes	año	1.												2.												3.														
	Fecha recepción			Muestra adecuada		Fecha de procesamiento			Fecha entrega Resultado																																																						
	día	mes	año	si	no	día	mes	año	día	mes	año																																																				
1.																																																															
2.																																																															
3.																																																															
24. Resultado	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/>	25. Resultado (agente)	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:100px;">1.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> </tr> </table>		1.	2.																																																									
1.																																																															
2.																																																															
Observaciones:	_____																																																														
VI. Investigación de caso	26. Se realizó investigación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	28. Nº Contactos sintomáticos	_____																																																											
	27. Fecha de investigación	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50px;">día</td> <td style="width:50px;">mes</td> <td style="width:50px;">año</td> </tr> </table>	día	mes	año																																																										
día	mes	año																																																													
VII. Evolución caso	29. Evolución del caso	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:100px;">Ambulatorio</td> <td style="width:30px;"> </td> </tr> <tr> <td>Hospitalización</td> <td style="width:30px;"> </td> </tr> <tr> <td>UCI</td> <td style="width:30px;"> </td> </tr> </table>	Ambulatorio		Hospitalización		UCI		30. Condición final del caso	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:100px;">Vivo</td> <td style="width:30px;"> </td> </tr> <tr> <td>Con Discapacidad</td> <td style="width:30px;"> </td> </tr> <tr> <td>Muerto</td> <td style="width:30px;"> </td> </tr> </table>	Vivo		Con Discapacidad		Muerto																																																
	Ambulatorio																																																														
Hospitalización																																																															
UCI																																																															
Vivo																																																															
Con Discapacidad																																																															
Muerto																																																															
			31. Fecha de fallecimiento	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50px;">día</td> <td style="width:50px;">mes</td> <td style="width:50px;">año</td> </tr> </table>	día	mes	año																																																								
día	mes	año																																																													
VIII. Cierre caso	32. Clasificación final caso:	Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/>																																																													
	33. Confirmado por	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:100px;">Laboratorio</td> <td style="width:30px;"> </td> </tr> <tr> <td>Clinico</td> <td style="width:30px;"> </td> </tr> <tr> <td>Nexo epid.</td> <td style="width:30px;"> </td> </tr> </table>	Laboratorio		Clinico		Nexo epid.		34. Diagnóstico final	_____																																																					
	Laboratorio																																																														
Clinico																																																															
Nexo epid.																																																															
		35. Fecha cierre caso	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50px;">día</td> <td style="width:50px;">mes</td> <td style="width:50px;">año</td> </tr> </table>	día	mes	año	36. Nombre responsable epid.:	_____																																																							
día	mes	año																																																													

OBSERVACIONES:

- 1 Formulario con 3 copias una original y dos copias químicas con la siguiente distribución
Original para seguimiento de Epidemiólogo
Copia 1 funciona como pedido de laboratorio
Copia 2 Historia clínica

2. a En el aplicativo informático estos datos son generados automáticamente por el sistema, al momento del ingreso de datos.

EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL

Grupo	Evento	Código	Diagnóstico	Ficha de investigación
		CIE 10		
Síndromes	Diarreico agudo con deshidratación grave u otras complicaciones	U.50	Clínico	Si
	Febril sin foco evidente con signos de alarma	U.52	Clínico	Si
	Febril eruptivo no vesicular (exantemático)	R.21	Clínico	Si
	Febril Ictérico Agudo	U.51	Clínico	Si
	Febril Ictero Hemorrágico Agudo	U.53	Clínico	Si
	Meningeo Encefálico	G04.9	Clínico	Si
	Parálisis flácida aguda	U.54	Clínico	Si
Inmunoprevenibles	Difteria	A36	Laboratorio	Si
	ESAVI	Y58-Y59	Laboratorio - Clínico	Si
	Meningitis Meningocócica	A39.0+	Laboratorio	Si
	Parotiditis Infecciosa	B26.0 - B26.9	Clínico - Laboratorio	Si
	Poliomielitis Aguda	A80	Laboratorio	Si
	Rubeola	B06	Laboratorio	Si
	Sarampión	B05	Laboratorio	Si
	Tétanos	A35	Clínico	Si
	Tétanos Neonatal	A33	Clínico	Si
	Tosferina	A37	Laboratorio	Si
Zoonóticas	Brucelosis	A23	Laboratorio	Si
	Fiebre de Lassa	A96.2	Laboratorio	Si
	Hantavirus	A98.5	Laboratorio	Si
	Leptospirosis	A27	Laboratorio	Si
	Meningitis Eosinofílica	B83.2	Laboratorio	Si
	Peste	A20	Laboratorio	Si
	Contactos con exposición de Rabia	A82	Laboratorio	Si
	Rabia Humana Urbana	A82	Laboratorio	Si
	Rabia Humana Silvestre	A82	Laboratorio	Si
Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)	Chagas Agudo	B57	Laboratorio	Si
	Chagas crónico	B57	Laboratorio	Si
	Fiebre Amarilla	A95	Laboratorio	Si
	Dengue con signos de alarma	A90	Laboratorio	Si
	Dengue grave	A91	Laboratorio	Si
	Paludismo (Malaria no complicada)	B50-B54	Laboratorio	Si
	Paludismo (Malaria Complicada)	B50-B54	Laboratorio	Si
	Leishmaniasis	B55.0 - B55.2	Laboratorio	Si
Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua (ETAS)	Cólera	A00	Laboratorio	Si
Evento inusitado	Ántrax	A22	Laboratorio	Si
	Enfermedades por virus del Ébola	A98.4	Laboratorio	Si
	Encefalitis Nilo Occidental	A92.2	Laboratorio	Si
	Encefalitis Equina Venezolana	A92.3	Laboratorio	Si
	Influenza de origen Aviar y otro animal	J09	Laboratorio	Si
	Viruela	B03	Laboratorio	Si
Otras	Efecto tóxico de diversas sustancias ingeridas o por contacto	T60 - T65	Laboratorio	Si
	Lepra	A30 - A30.9	Laboratorio	Si
	Hepatitis C	B17.1	Laboratorio	Si
	Hepatitis B	B16.0 - B16.9	Laboratorio	Si