



**SIENO**  
**SISTEMA DE INFORMACION DE**  
**ENFERMEDADES DE NOTIFICACION**  
**OBLIGATORIA**  
**FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CARBUNCO**  
**(ÁNTRAX)**

**ENFERMEDAD: CARBUNCO (ÁNTRAX) (1B75.1)**  
**DEFINICIÓN DE CASO:** ENFERMEDAD BACTERIANA AGUDA .FORMA CUTANEA : CARACTERIZADA POR LA APARICION DE LESION CUTANEA QUE EN EL CURSO DE 1 A 6 DIAS PASA DE UNA ETAPA PAPULAR A UNA VESICULAR Y FINALMENTE SE CONVIERTE EN UNA ESCARA NEGRA HUNDIDA INVARIABLEMENTE ACOMPAÑADA DE EDEMA LEVE O EXTENSO. FORMA INTESTINAL : SE PRESENTA MALESTAR ABDOMINAL CARACTERIZADO POR NAUSEAS, VOMITOS, ANOREXIA SEGUIDOS DE FIEBRE. FORMA INHALATORIA: PRODROMO BREVE QUE SE ASEMEJA A UNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRICA AGUDA SEGUIDA DE LA APARICION RAPIDA DE HIPOXIA, DISNEA, FIEBRE ALTA Y SIGNOS RADIOLOGICOS DE ENSANCHAMIENTO DEL MEDIASTINO. FORMA MENINGEA :APARICION AGUDA DE FIEBRE ALTA, POSIBLEMENTE CON CONVULSIONES Y PERDIDA DE LA CONCIENCIA.

1. Número del Caso: _____		2. Fecha de elaboración: (D/M/A) _____		3. Establecimiento: _____		4. Parroquia: _____	
5. Municipio: _____		6. Estado: _____		7. Código: _____		8. Fuente de Notificación: Público <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Búsqueda Activa <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Comunidad <input type="radio"/> otros <input type="radio"/>	
9. Primer Apellido: _____			10. Segundo Apellido: _____		11. Primer Nombre: _____		12. Segundo Nombre : _____
13. C.I. Pasaport <input type="radio"/> V <input type="radio"/> E <input type="radio"/>		14. Nacionalidad: _____		15. Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____		16. Edad: _____	17. Sexo: 1. M <input type="radio"/> 2. F <input type="radio"/>
18. Etnia: _____		19. Nivel Educativo: 1. I <input type="radio"/> 3. S <input type="radio"/> 5. TSUU <input type="radio"/> 2. P <input type="radio"/> 4. TM <input type="radio"/>		20. Años Aprobados: _____		21. Situación Conyugal: 1. S <input type="radio"/> 3. U <input type="radio"/> 5. D <input type="radio"/> 2. C <input type="radio"/> 4. Se <input type="radio"/> 6. V <input type="radio"/>	
22. Profesión: _____		23. Ocupación: _____		24. Latitud: _____		25. Longitud: _____	

<b>Dirección de Habitación (Residencia)</b>		26. Entidad de Residencia: _____		27. Municipio de Residencia: _____		28. Parroquia de Residencia: _____		29. Localidad de Residencia: _____	
30. Urb./Sector/ Zona Industrial: _____		31. Av./Carrera/Calle/Esquina/Vereda: _____		32. Casa/Edif./Quinta/Galpón: _____		33. Piso/Planta/Local: _____		34. Código Postal y correo _____	
35. Teléfono de Habitación (fijo): _____		36. Teléfono Celular (móvil): _____		37. Punto de Referencia: _____		38. Tiempo de Residencia: _____			
39. Nombre de la Madre y / o Representante: _____				40. Nombre del Padre y / o Representante: _____					

**Datos Epidemiológicos:** 41. Viajes en los Últimos 7 días NO \_\_\_ SI \_\_\_ 42. Especifique: \_\_\_\_\_

Lugares Visitados	Fecha (D/M/A)	Parroquia	Municipio	Departamento/ Estado	Pais

43. Consumo de Carne: Últimos 7 días NO \_\_\_ SI \_\_\_ Hogar \_\_\_ Restaurante \_\_\_ Ambulante \_\_\_ Otros: \_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

44.-Lugar de Consumo	Fecha (D/M/A)	Parroquia	Municipio	Departamento/ Estado	Pais
Hogar					
Restaurante					
Ambulante					
Otros:					

45. Tipos de Carnes: Caprino \_\_\_ Vacuno \_\_\_ Otro \_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

46. Contactos con animales NO \_\_\_ SI \_\_\_ Tipo de animales : \_\_\_\_\_ Lugar del Contacto con los Animales : \_\_\_\_\_

**Datos Cronológicos:**

47. Fecha de inicio de Síntomas: (D/ M / A) _____		48. Fecha de Consulta: (D/M /A) _____		49. Fecha de Notificación Epidemiológica (D/M/A) _____ SEM Epi _____	
---	--	---------------------------------------	--	--	--

**50. Datos Clínicos**

Síntomas	NO	SI
Prurito		
Pápula		
Vesícula		
Dolor		
Escara Describe: _____		
Fiebre		
Vómitos		
Diarrea		
Tos		
Disnea		
Malestar		

Convulsiones		
Perdida de la conciencia		
Otro		
Especifique: _____		

**Muestra**

51. Fecha de la Toma de Muestra D/M/A: \_\_\_\_\_ 52. Hora de Toma de la Muestra : \_\_\_\_\_ AM \_\_\_\_\_ PM 53. Tipo de Muestras \_\_\_\_\_

54. Muestras Enviadas: Fresco \_\_\_\_\_ Refrigerada \_\_\_\_\_ 55. Fecha de Envío de la Muestra D/M/A: \_\_\_\_\_ 56. Medio de Transporte en que se Envía la Muestra: \_\_\_\_\_

57. Nombre y Apellido del Responsable de la Toma \_\_\_\_\_

58. Nombre y Apellido del Responsable del Envío de la Muestra: \_\_\_\_\_

**59. Resultados:**

Gram  Cultivo  PCR

ANTIBIOGRAMA

<input type="text"/>	R	I	S	<input type="text"/>	R	I	S
<input type="text"/>	O	O	O	<input type="text"/>	O	O	O
<input type="text"/>	O	O	O	<input type="text"/>	O	O	O
<input type="text"/>	O	O	O	<input type="text"/>	O	O	O

**Tratamiento:**

60. Antibiótico:  Dosis:  Duración

61. Eventos Adversos: NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ En caso de si llene la Ficha de Notificación de Eventos Adversos de Medicamentos y Notifique en el EPI 12

\_\_\_\_\_

**62. Clasificación del Caso:**

Cutáneo \_\_\_\_\_ Intestinal \_\_\_\_\_ Inhalatorio \_\_\_\_\_ Meníngeo \_\_\_\_\_

Sospechoso \_\_\_\_\_ Probable \_\_\_\_\_ Confirmado \_\_\_\_\_

**Otros**

63. Hospitalizado: NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ 64. Fecha de Hospitalización (D/M/A) \_\_\_\_\_ 65. Diagnostico de Ingreso: \_\_\_\_\_

66. Condiciones de Egreso: Curación \_\_\_\_\_ Mejoría \_\_\_\_\_ Defunción \_\_\_\_\_ 67. Diagnostico de egreso: \_\_\_\_\_

68. Fecha de Egreso (D/M/A): \_\_\_\_\_ 69. N° de Certificado de Defunción : \_\_\_\_\_ 70. Autopsia: NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

71. Observaciones: \_\_\_\_\_

72. Fecha de Reporte (D/M/A)  73. Medico (a) tratante

74. Centro de salud y Telf.:  75. Enfermera (o) que declara el caso:

76. Epidemiólogo (a) Regional: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: (D/M/A) \_\_\_\_\_



SIENO  
SISTEMA DE INFORMACION DE  
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION  
OBLIGATORIA  
FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CARBUNCO  
(ÁNTRAX)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA DE INVESTIGACIÓN CARBUNCO (ÁNTRAX)

**Instrucciones Generales:**

Escribir en letra de molde y con bolígrafo negro toda la información solicitada. En caso que un dato derive del anterior no dejar espacios vacíos.

- 1.- Registrar el número de caso.
- 2.- Registrar la fecha de elaboración según formato D/M/A.
- 3.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre del establecimiento de salud donde se notificó el caso.
- 4.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre de la parroquia donde está ubicado el establecimiento de la salud.
- 5.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre del municipio donde está ubicado el establecimiento de salud.
- 6.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre del estado donde está ubicado el establecimiento de salud.
- 7.- Registrar en el espacio correspondiente el código asignado al estado.
- 8.- Registrar en el ovalo correspondiente la fuente de notificación.
- 9.- Registrar el primer apellido de la persona tal como aparece en la cedula de identidad.
- 10.- Registrar el segundo apellido de la persona tal como aparece en la cedula de identidad.
- 11.- Registrar el primer nombre de la persona tal como aparece en la cédula de Identidad.
- 12.- Registrar el segundo nombre de la persona tal como aparece en la cédula de Identidad.
- 13.- Marcar con una equis (X) en el ovalo correspondiente, según la nacionalidad de la persona (V si es de nacionalidad venezolana y E si es de nacionalidad Extranjera) seguidamente colocar el número de cédula de identidad o pasaporte, utilizar una casilla para cada número. En caso de ser un niño y no poseer cédula de identidad colocar el número de Cédula de Identidad de la madre o representante.
- 14.- Registrar la nacionalidad en caso de ser venezolano o el país de origen en caso de ser extranjero.
- 15.- Registrar en las casillas correspondientes el día, mes y año de nacimiento de la persona.
- 16.- Registrar en el espacio correspondiente la edad de la persona.
- 17.- Marcar en el ovalo correspondiente con una equis (X) el sexo al cual corresponda.
- 18.- Indicar el nombre de la etnia o pueblo indígena a que pertenece la persona.
- 19.- Marcar una equis (X) en el ovalo correspondiente al nivel educativo en el cual se encuentra la persona; I: si se encuentra en el nivel Inicial, P: si esta cursando o cursó solo el nivel de Primaria, S: si se encuentra en el nivel de Secundaria, TM: si esta cursando o curso el nivel de Técnico Medio, TSU/U: si esta cursando o curso el nivel de Técnico Superior Universitario o Educación universitaria y EE: si se encuentra cursando o curso algún nivel de Educación Especial (incluye la educación recibida a través de las Misiones).

- 20.- Registrar en el espacio correspondiente los años aprobados en el último nivel educativo cursado.
- 21.- Marcar con una equis (X) en el ovalo correspondiente la alternativa que identifique la situación conyugal de la persona para el momento de la notificación de la enfermedad; S: soltero, C: casado, U: unido, D:
- 22.- Indicar en el espacio correspondiente la profesión que desempeña la persona afectada.
- 23.- Indicar en el espacio correspondiente la ocupación que desempeña la persona afectada.
- 24.- Registrar en el espacio correspondiente la latitud de la zona donde se presento el caso.
- 25.- Registrar en el espacio correspondiente la longitud de la zona donde se presento el caso.
- 26.- Escribir en el espacio correspondiente el nombre de la entidad de residencia de la persona.
- 27.- Escribir en el espacio correspondiente el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia de la persona.
- 28.- Registrar el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia de la persona.
- 29.- Indicar en el espacio correspondiente el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia de la persona.
- 30.- Indicar Urbanización ./Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia de la persona.
- 31.- Indicar Avenida./Carrera/Calle/Esquina/Vereda en que se encuentra la residencia de la persona.
- 32.- Indicar Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia de la persona.
- 33.- Escribir el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona.
- 34.- Escribir en el espacio correspondiente numero de correo postal y correo electrónico.
- 35.- Escribir en el espacio correspondiente el numero de teléfono fijo donde habita la persona.
- 36.- Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado la persona afectada.
- 37.- Registrar en el espacio correspondiente un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia .
- 38.- Registrar en el espacio correspondiente tiempo de residencia donde habita la persona afectada.
- 39.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre o representante en caso que la persona afectada sea menor de edad.
- 40.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del padre o representante en caso que la persona afectada sea menor de edad.
- 41.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si la persona afectada realizo o no viajes en los últimos siete días.



SIENO  
SISTEMA DE INFORMACION DE  
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION  
OBLIGATORIA  
FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CARBUNCO  
(ÁNTRAX)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA DE INVESTIGACIÓN CARBUNCO (ÁNTRAX)

42.- Registrar en el espacio correspondiente en caso de ser afirmativo la respuesta anterior ,lugares visitados, fecha según formato D/M/A, parroquia, municipio, departamento /estado, país.

43.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si consumió carne o no la persona afectada.

44.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha según formato D/M/A la parroquia, municipio, departamento /estado, país del lugar de consumo.

45.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente el tipo de carne que consumió la persona afectada.

46.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si la persona afectada estuvo en contacto o no con animales y en caso de si registre el nombre de los animales y el lugar donde se estuvo en contacto con los animales.

47.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de inicio de síntomas según formato D/M/A.

48.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de consulta según formato D/M/A.

49.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de denuncia o notificación según formato D/M/A y N° de semana epidemiológica.

50.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de síntomas clínicos de la enfermedad y en caso de escara describa y en caso de otro especifique.

51.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de toma de muestra según formato D/M/A.

52.- Registrar en el espacio correspondiente la hora en que se realizó la toma de muestra.

53.-Registrar en el espacio correspondiente el tipo de muestra que se tomó.

54.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si la muestra enviada es fresca o refrigerada.

55.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de envió de la muestra al laboratorio según formato D/M/A.

56.- Registrar en el espacio correspondiente el medio de transporte en que se envía la muestra ejemplo si es tubo estéril, Amies, hemocultivo cary blair .

57.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del responsable de la toma de muestra.

58.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del responsable del envió de la muestra.

59.- Registrar en el espacio correspondiente los resultados de gram, cultivo, P.C R antibiograma encontrados en la muestra.

60.- Registrar en el espacio correspondiente los nombres de los antibióticos prescritos, dosis y duración.

61.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente ausencia o presencia de eventos adversos y en caso de ser afirmativo llene la ficha de eventos adversos medicamentos y notifique en el EPI 12.

62.- Marcar con una equis (X) en los espacio correspondiente la clasificación del caso.

63.- Marcar con una equis (x) en el espacio correspondiente si la persona afectada fue hospitalizada o no.

64.-Registrar en el espacio correspondiente la fecha de hospitalización según formato D/M/A.

65.- Registrar en el espacio correspondiente diagnostico de ingreso de la persona afectada.

66.- Marcar con una equis (x) en el espacio correspondiente las condiciones de egreso.

67.-Registrar en el espacio correspondiente el diagnostico de egreso de la persona afectada.

68.-Registrar en el espacio correspondiente la fecha de egreso según formato D/M/A.

69.-Registrar en el espacio correspondiente el N° de certificado de defunción.

70.-Marcar con una equis (x) en el espacio correspondiente si se realizo o no autopsia y en caso de si especificar resultado en caso de defunción.

71.- Registrar en observación síntomas que considere de interés relacionados con el caso.

72.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de reporte según formato D/M/A.

73.- Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del medico/a tratante.

74.- Registrar en el espacio correspondiente el centro de salud y teléfono.

75.- Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido de la enfermera /o que declara el caso.

76.- Registrar en el espacio el nombre y apellido del epidemiólogo regional firma y fecha.