

**SIENO**  
**SISTEMA DE INFORMACION DE**  
**ENFERMEDADES DE**  
**NOTIFICACION OBLIGATORIA**  
**FICHA DE INVESTIGACION DE**  
**COLERA**

**ENFERMEDAD: INTestinal, BACTERIANA AGUDA COLERA (1A00)**  
**DEFINICIÓN DE CASO: PACIENTE DE CUALQUIER EDAD CON DIARREAS ACUOSA**  
**SÚBITA Y SEVERA, CON MASIVA Y RÁPIDA DESHIDRATACIÓN GRAVE QUE PUEDE**  
**OCASIONAR LA MUERTE, O UN PACIENTE DE CUALQUIER EDAD QUE EN LOS 05 DIAS**  
**ANTERIORES AL INICIO DE LOS SÍNTOMAS HAYA ESTADO EN UNA ZONA ENDEMO-**  
**EPIDÉMICA DE CÓLERA, O CONTACTO DE CASO SOSPECHOSO.**

1. Numero del Caso:		2. Fecha de Elaboración: (D /M/A) _____		3. Establecimiento:		4. Parroquia:	
5. Municipio		6. Estado		7. Código Postal:		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. Pasaporte <input type="radio"/> V <input type="radio"/> E		14 Nacionalidad:		15 Fecha de Nacimiento: Día _____ Me _____ Año _____		16. Edad: _____ 17 Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
18. Etnia		19. Nivel Educativo: I <input type="radio"/> S <input type="radio"/> TSU/U <input type="radio"/> P <input type="radio"/> TM <input type="radio"/>		20. Años Aprobados:		21. Situación Conyugal: S <input type="radio"/> U <input type="radio"/> D <input type="radio"/> C <input type="radio"/> Se <input type="radio"/> 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. Urbanización./Sector/ Zona Industrial:		31. Avenida./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:		32. Casa/Edif./ Quinta/Galpón:	
33. Piso/ Planta/Local:		34. Teléfono de Habitación (fijo):		35. Teléfono Celular (móvil):		36. Punto de Referencia:	

**Datos Epidemiológicos:**

37. Fecha de Inicio de Síntomas D/M/A: \_\_\_\_\_ 38. Días de Evolución 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 39. Fecha de Atención Médica D/M/A: \_\_\_\_\_  
40. Fecha de Notificación Local D/M/A: \_\_\_\_\_ N° SE \_\_\_\_\_ 41. Fecha de Investigación D/M/A: \_\_\_\_\_ 42. Fecha de Alta Epidemiológica D/M/A: \_\_\_\_\_  
43.- Hospitalización No \_\_\_ Si \_\_\_ 44.- Fecha de Hospitalización D/M/A : \_\_\_\_\_ 45.- Nombre del Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_  
46.- N° de Historia \_\_\_\_\_ 47.- Diagnostico de ingreso: \_\_\_\_\_ 48.- Fecha de Egreso D/M/A/: \_\_\_\_\_ 49- Fecha de Alta Epidemiológica D/M/A/ \_\_\_\_\_

**Antecedentes Epidemiológicos en los últimos 5 días:**

50.- Lugares en los que ha estado en los últimos 7 días

Fecha (D/M/A)	Localidad	Parroquia	Municipio	Estado/ Departamento	País

51.- Contactos con casos similares SI \_\_\_ NO \_\_\_ En caso de SI Donde \_\_\_\_\_

52.- Alimentos Consumidos: \_\_\_\_\_

53.- Sitios de Consumo de Alimentos: Casa \_\_\_ Ambulantes \_\_\_ Comedor Popular \_\_\_ Restaurante \_\_\_

Casa de la alimentación \_\_\_ Otros \_\_\_ En caso afirmativo: Especifique: \_\_\_\_\_

54. Factores de Riesgo	Factores de Riesgo			Factores de Riesgo			
Para la preparación de los alimentos y consumo del agua usa :	SI	NO	Ninguna	Recolección de Basura::	SI	NO	Ninguna
Agua Potable				Aseo Urbano			
Agua Filtrada				Quema			
Agua Hervida				Bote de Basura			
Otra _____				GRUPO DE RIESGO			
Cual _____				Grupo de estrato socio económico bajo			
Disposición de Excretas				Persona con aclorhidria gástrica			
W C				Persona con grupo sanguíneo tipo O			
Letrinas							
Suelo							
Otra _____							
Cual _____							

**Datos Clínicos:**

55. Peso: \_\_\_\_\_ Kg. Talla \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_ ° C Pulso \_\_\_\_\_ F R \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ T A \_\_\_\_\_

56. Evacuaciones antes del ingreso SI — NO — N° de evacuaciones por Hora : \_\_\_\_\_

57. Característica de las Heces : Líquidas SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Olor a Pescado SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Presencia de Grumos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Presencia de Sangre SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Presencia de Moco SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Presencia de Pus SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

58. Signos y Síntomas	SI	NO	Fecha (D/M/A)
Diarrea acuosa profusa de inicio repentino y sin dolor			
Nauseas			
Vómitos			
Deshidratación Leve			
Deshidratación Moderada			
<b>COMPLICACIONES</b>			
Acidosis			
Colapso circulatorio			
Hipoglucemia en los niños			
Insuficiencia renal			

59. Tratamiento antes de hospitalizarse	SI	NO	N°
Suero oral			
Antiemético			
Antibióticos:			
60. Cuales Antibióticos:			

61. Fecha de Hospitalización (D / M / A ) \_\_\_\_\_ 62. Fecha de Defunción (D / M / A ) \_\_\_\_\_

63. Tratamiento en el hospital	SI	NO	Cantidad	Días
Suero Endovenoso				
ANTIBIÓTICOS (AMPICILINA, TRIMETOPRIMA/ SULFAMETOXAZOL, AZITROMICINA, CIPROFLOXACINA , AMOXCILINA Y PROBENECIDA)				
Otros Medicamentos:				

**Laboratorio**

Muestra Clínicas:

64. Tipo de Muestra : Heces frescas \_\_\_\_\_ Hisopado Rectal \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

65. Resultado: \_\_\_\_\_

66.-Hora de Toma de la Muestra : \_\_\_\_\_ AM \_\_\_\_\_ PM 67.- Fecha de la Toma de Muestra D/M/A: \_\_\_\_\_

68.-Fecha de envío de la muestra D/M/A: \_\_\_\_\_ 69.- Medio de Transporte: Cary Blair \_\_\_\_\_ Agua Peptonada: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_ 70.-Nombre y Apellido del Responsable de la Toma: \_\_\_\_\_

71.-Nombre y Apellido del Responsable envió de la Muestra : \_\_\_\_\_

72.-Observaciones : \_\_\_\_\_

73.- Nombre Apellido y Teléfono del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

74.-Dirección del Centro de Salud y Teléfono : \_\_\_\_\_

75.-Nombre Apellido y Teléfono del Epidemiólogo/a Regional: \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha (D/M/A) : \_\_\_\_\_

**Investigación de Contactos:**

76-TOTAL DE CONTACTOS	77-TOTAL DE CONTACTOS SINTOMÁTICOS	78.-TOTAL DE QUIMIOPROFILAXIS
Intradomiciliaria: _____		
Laborales: _____		
Otros: _____		

**79.- Observaciones:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 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 el nombre del establecimiento de salud donde se notificó el caso.
- 4.- Registrar el nombre de la parroquia donde está ubicado el establecimiento de la salud.
- 5.- Registrar el nombre del municipio donde está ubicado el establecimiento de salud.
- 6.- Registrar el nombre del estado donde está ubicado el establecimiento de salud.
- 7.- Registrar en el espacio correspondiente el código asignado al estado.
- 8.- Marque con una "X" en el ovalo correspondiente la fuente de Notificación.
- 9.- Registrar el primer apellido de la persona afectada tal como aparece en la cedula de identidad.
- 10.- Registrar el segundo apellido del persona afectada tal como aparece en la cedula de identidad.
- 11.- Registrar el primer nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
- 12.- Registrar el segundo nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
- 13.- Marcar con una "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/a y no poseer cédula de identidad colocar el número de Cédula de Identidad de la madre.
- 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 la edad de la persona afectada.
- 17.- Marcar en el ovalo correspondiente con una "X" el sexo al cual corresponda.
- 18.- Indicar el nombre de la etnia o pueblo indígena a que pertenece la persona afectada.
- 19.- Marcar una "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.

- 20.- Registrar los años aprobados en el último nivel educativo cursado.
- 21.- Marcar con una "X" en el ovalo correspondiente la alternativa que identifique la situación conyugal del usuario para el momento de la notificación de la enfermedad; S: soltero, C: casado, U: unido, D: divorciado, Se: separado, V: viudo.
- 22.- Indicar la profesión desempeña la persona afectada.
- 23.- Colocar la ocupación del usuario.
- 24.- Registrar la latitud de la zona donde se produjo el caso.
- 25.- Registrar la longitud de la zona donde se produjo el caso.
- 26.- Escribir el nombre de la entidad de residencia de la persona. Afectada.
- 27.- Escribir el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
- 28.- Registrar el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada.
- 29.- Indicar el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
- 30.- Indicar Urbanización./Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
- 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 afectada.
- 33.- Escribir el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada.
- 34.- Escribir el número de teléfono fijo donde habita la persona afectada.
- 35.- Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado la persona afectada.
- 36.- Registrar un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia de la persona afectada.
- 37.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de inicio de síntomas según formatos (D/M/A) de la persona afectada.
- 38.- Registrar en el espacio correspondiente días de evolución de la enfermedad.
- 39.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de atención medica según formato (D/M/A) de la persona afectada .
- 40.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de Notificación según formato (D/M/A) y N° de semana Epidemiológica.
- 41.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de investigación según formato (D/M/A).
- 42.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de Alta Epidemiológica según formato (D/M/A).
- 43.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona afectada fue hospitalizada o no
- 44 Registrar en el espacio correspondiente la fechas de hospitalización según formato (D/M/A) .

45.- Registrar en el espacio correspondiente el Nombre del Establecimiento de salud .

46.- Registrar en el espacio correspondiente el número de Historia.

47.- Registrar en el espacio correspondiente el Diagnóstico de Ingreso.

48.- Registrar en el espacio correspondiente la Fecha de Egreso según formato (D/M/A).

49.- Registrar en el espacio correspondiente la Fecha de Alta Epidemiológica según formato (D/M/A).

50.- Registrar en el espacio correspondiente la Fecha según formato (D/M/A), la localidad, Parroquia, Municipio, Estado/Departamento y País que frecuentó los últimos cinco días.

51.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si tuvo contacto con casos similares, y en caso de ser afirmativo registrar donde.

52.- Registrar en el espacio correspondiente los alimentos consumidos.

53.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente los sitios de consumo de alimento.

54.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente los Factores de Riesgo para: Preparar alimentos, Consumo de Agua, Disposición de Excretas y Disposición de Basura; y en caso de Otro, registrar cuál.

55.- Registrar en el espacio correspondiente Peso, Talla, Temperatura, Pulso, Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardíaca y Tensión Arterial.

56.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona afectada presentó evacuaciones al ingreso y en caso de Si, registrar el número de evacuaciones por hora.

57.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente las características que presentan las heces de la persona afectada; y en caso de presentar otras características especifique.

58.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente los Signos y Síntomas; en casos de ser afirmativo registrar la fecha de aparición según formato (D/M/A).

59.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente el tratamiento que recibió la persona afectada antes de hospitalizarse; en caso de ser afirmativo registrar el número de tratamiento.

60.- Registrar en el espacio correspondiente en caso de haber recibido antibiótico los nombres de éstos. En caso de haber recibido otros tratamiento registrar.

61.- Registrar en el espacio correspondiente fecha de hospitalización según formatos (D/M/A).

62.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de defunción según formato (D/M/A)

63.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente el tratamiento recibido en el hospital; en caso de ser afirmativo registrar la cantidad y días, en relación a los antibióticos registrar los nombres de éstos, así como otros medicamentos.

64.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente el tipo de muestra enviada al laboratorio, en caso de Otro especifique.

65.- Registrar en el espacio correspondiente el resultado de la muestra enviado por el laboratorio.

66.- Registrar en el espacio correspondiente la hora de la toma de muestra según formato (AM/PM)

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

68.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de envío de la muestra según formato (D/M/A).

69.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente el medio de transporte por el cual fue enviada la muestra; en caso de otro registrar cual.

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

71.- Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del responsable del envío de la muestra.

72.- Registrar en el espacio correspondiente las observaciones de interés relacionados a la Toma de Muestra.

73.- Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del médico tratante.

74.- Registrar en el espacio correspondiente la Dirección del Centro de Salud y teléfono.

75.- Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del epidemiólogo(a) regional, firma y fecha según formato (D/M/A).

76.- Registre en el espacio correspondiente el N° total de contactos.

77.- Registre en el espacio correspondiente el N° total de contactos sintomáticos.

78.- Registre en el espacio correspondiente el N° total de quimioprofilaxis

79.- Registrar en el espacio correspondiente observaciones de interés relacionados al Cólera.