



SIENO
SISTEMA DE
INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE
NOTIFICACION
OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACION
ENFERMEDAD: MICOSIS

ENFERMEDAD: MICOSIS CIE11—(1F20.00-1F20.15), (1F20.0-1F20.Y), (BB20.0-BB40-BC42.1), (CA70.Y-CA0A.Y- CA40.24- CA81.4), (9B72.Y- MG54), (D02.2).

Las micosis es causada por microorganismos micóticos, son la invasión de los tejidos por una o más especies de hongos. Estas infecciones pueden ser localizadas y de tipo superficial o afectar a tejidos más profundos, pudiendo producir infecciones pulmonares graves, infecciones de la sangre (septicemia), micosis sistémicas pueden afectar la piel y órganos como los pulmones, los ojos, el hígado y el cerebro, y suelen aparecer. Algunos de estos hongos producen infecciones oportunistas mientras que otros son patógenos, causando enfermedad en función de la situación del sistema inmunitario y Factores predisponentes como Diabetes Mellitus (DM) especialmente aquellos con Cetoacidosis Diabética, síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, pacientes Oncohematológicos (principalmente Trasplantes Alogénicos de Medula Ósea tratamiento actual o reciente a Corticoesteroides. Post Covid-19. Los síntomas más frecuentes son secundario a las lesiones. SIGNO Y SINTOMAS :Las lesiones son en forma de placas eritematosas, con pústulas y/o vesículas y presentan descamación en las zonas que delimitan el eritema. El prurito es uno de los síntomas característicos. Se presenta secreciones asociadas a las infección vía oral, vaginal y cutánea respiratorias.

1) Datos Institución	1.1 Número del caso	1.2 Fecha de conocimiento local	/ /	1.3 Fecha de Investigación	/ /	1.4 Fecha de elaboración de la ficha	/ /	
	1.5 Fecha de notificación del establecimiento de salud	/ /	1.6 Fecha de notificación del municipio	/ /	1.7 Fecha de notificación de epidemiología regional	/ /	/ /	
	1.8 Establecimiento	1.9 Parroquia		1.10 Municipio				
	1.11 Estado	1.12 Fuente del informe <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Búsqueda activa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						
2) Datos del Paciente	2.1 Primer apellido	2.2 Segundo apellido	2.3 Primer nombre	2.4 Segundo nombre				
	2.5 C.I / pasaporte <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	2.6 Nacionalidad		2.7 Fecha de nacimiento	/ /	2.8 Edad	2.9 Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	2.10 Etnia	2.11 Nivel educativo <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> TSU / U <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> EE <input type="checkbox"/>		2.12 Años aprobados	2.13 Situación conyugal <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>			
	2.14 Profesión	2.15 Ocupación		2.16 Latitud		2.17 Longitud		
3) Datos de Residencia	Dirección de Habitación (residencia):		3.1 Entidad de residencia:	3.2 Municipio de residencia	3.3 Parroquia de residencia	3.4 Localidad de residencia		
	3.5 Urb./sector/zona Industrial	3.6 Av./carrera/calle/esquina/vereda		3.7 Casa/edif./quinta/galpón	3.8 Piso/planta/local			
	3.9 Teléfono de habitación (fijo)	3.10 Teléfono celular (móvil)		3.11 Punto de referencia				
	3.13 Nombre de la Madre			3.14 Nombre del Padre				
4) Antecedentes epidemiológicos	39. Condición de sospecha en: Consultante NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Investigación de Brote NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Contacto NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>							
	40. Lugar probable de exposición / infección: Estado: _____ Municipio: _____ Parroquia: _____ Sector: _____							
	41. Fecha Probable de Exposición D/M/A: _____			42. Tiempo de Exposición: _____				
	43. Fecha de Inicio de Síntomas D/M/A: _____			44. Fecha de Atención Médica D/M/A: _____				
	45. Fecha de Notificación D/M/A: _____ N° Semana Epidemiológica: _____			46. Fecha de Investigación D/M/A: _____				
	47. En caso de viaje por Vía Aérea: Procedencia: _____							
	48. Fecha de Arribo D/M/A: _____ Lugar (aeropuerto): _____							
	5) Descripción clínica / sig. Sint.	4.5 Edema peri orbitario (proptosis)		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		4.12 Síntomas cutáneos lesión costrosa y negra (necrosis).		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>
4.6 Edema de senos para nasales.		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		4.13 prurito,		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		
4.7 Dolor o congestión sinusal.		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		4.14 Secreciones Amarillentas, Blanquecinas,		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		
4.8 Formación de costras oscuras en las cavidades nasales		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		4.15 Lesión Costrosas y Escamosas.		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		
4.9 Sangre en las heces.		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		4.16 Otras Lesiones		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		
4.10 Vómitos con sangre.		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		4.17 Comorbilidad				
4.15 Localización Anatómica		ocular <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Respiratorio <input type="checkbox"/> Paladar <input type="checkbox"/> Nasofaríngea <input type="checkbox"/> Digestivo <input type="checkbox"/>		4.16 Severidad clínica		Leve <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Asintomático <input type="checkbox"/>		
6) Laborat.		Tipos de muestras obtenidas: PCR <input type="checkbox"/> BIOPSIA <input type="checkbox"/>		Fecha: / /		Negativo <input type="checkbox"/> Resultados Histopatológico <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> Especie: _____		Fecha: / /
	Cultivo. Resultados: _____		Fecha: / /		Otros especifique _____			
7) Hospitalización	5.1 Fecha de hospitalización	/ /	5.2 Hospital		5.3 N° Historia clínica			
	5.4 Tiempo de la enfermedad al momento de la hospitalización		5.5 Tiempo de hospitalización		5.6 Diagnóstico de ingreso			
	Esteroides Evolución:		5.7 Recuperado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		5.8 Diagnóstico de egreso		6.3 Fecha de inicio de tratamiento / /	
	5.9 Fecha de	/ /	5.10 Fallecido <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		5.11 Fecha de fallecimiento / /		5.12 Causa	
8) Tratamiento	5.13 Necropsia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		5.14 Fecha de necropsia / /		5.15 Diagnóstico final			
	6.1 Antibióticos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		6.2 N° cirugía Especifique _____		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		6.4 Tratamiento antifúngicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	6.5 Total dosis		6.6 Fecha de inicio de / /		6.7 Especificar			



SIENE
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION
ESPECIAL
FICHA DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS DE
ENFERMEDADES FÚNGICAS.

Instrucciones Generales:

- Toda la ficha debe ser llenada completamente y con letra legible (Preferiblemente en letra de molde).
- Toda la ficha se refiere a casos de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización, colocada a cualquier edad y de cualquier tipo.
- Debe aportar solo datos verdaderos.
- Todos los datos que representen fechas deben escribirse en el siguiente formato: DD/MM/AAAA

1. Datos Institución:

1. *Número de caso:* escriba el número de caso según el orden en que éstos se presentan.
2. *Fecha de conocimiento local:* escriba la fecha en la cual el nivel operativo detectó el caso (primer contacto).
3. *Fecha de investigación:* escriba la fecha en que se comenzó a realizar la investigación del caso.
4. *Fecha de elaboración de la ficha:* escriba la fecha en que se comenzó a llenar la ficha.
5. *Fecha de notificación del establecimiento de salud:* escriba la fecha en que el establecimiento de salud notificó el caso al nivel municipal.
6. *Fecha de notificación del municipio:* escriba la fecha en la que el municipio notificó al nivel regional.
7. *Fecha de notificación de epidemiología regional:* escriba la fecha en la que la región notificó al nivel central.
8. *Establecimiento:* escriba el nombre del establecimiento de salud que detectó o recibió el caso.
9. *Parroquia:* escriba el nombre de la parroquia en la que está ubicado el establecimiento.
10. *Municipio:* escriba el nombre del municipio en el que está ubicado el establecimiento.
11. *Estado:* escriba el nombre del estado en el que está ubicado el establecimiento.
12. *Fuente del informe:* marque con equis "X" o el símbolo de verificación "✓" una de las siguientes opciones según el origen de notificación: público, privado, laboratorio, comunidad, búsqueda activa, otro. En la última opción se debe especificar quien notifica.

2. Datos del Paciente:

1. Escriba el *primer nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido* del paciente. Luego marque en la casilla correspondiente si este es Venezolano o extranjero e indique el número de *cedula o pasaporte*; si es extranjero escriba la *nacionalidad*.
2. Luego indique la *fecha de nacimiento, edad* (en años), *sexo*, encaso de ser indígena indique a que *etnia* a que pertenece.
3. Marque en el cuadro correspondiente el nivel educativo (*I=Inicial, P=Primaria, S=Secundaria, TM=Técnico medio, TSU/U=Técnico superior universitario/Universitario, EE=En estudio*), si la opción marcada es *EE* entonces indique el número de años aprobados.
4. Marque la *situación conyugal* según sea el caso (*S=Soltero(a), C=Casado(a), D=Divorciado(a), V=Viudo(a), U=???, Se=???*). Escriba la *profesión y ocupación*.
5. Escriba los datos de geolocalización; *Latitud, Longitud* del centro de salud que detectó el caso.

3. Datos de Residencia:

1. Complete los cuadros correspondiente a la dirección de residencia del paciente, indicando adicionalmente la entidad, municipio, parroquia, localidad y punto de referencia.
2. Luego indique los teléfonos (fijo y móvil), lugar donde enfermo el paciente además de nombres y apellidos de la madre y el padre.

4. Aspectos epidemiológicos:

1. Escriba la *fecha de inicio de los primeros síntomas inflamación de párpados y aparición de manchas oscuras en la cavidad nasal. (Necrosis) Edema Enrojecimientos de senos para nasales.*
2. Posteriormente en el apartado de *Signos/Síntomas* marque en el recuadro correspondiente la aparición o presencia de estos, además marque la localización anatómica y la severidad clínica del caso, después indique las comorbilidad o enfermedades asociadas Y presentación sindrómica.
3. Laboratorio tipos de muestras y cultivos especificando las mismas con especie y genero con fecha correspondiente.

5. Hospitalización:

1. Indique la fecha de hospitalización, hospital y N° historia clínica, luego especifique el tiempo de la enfermedad hasta el momento de la hospitalización, tiempo de hospitalización, el diagnostico de ingreso.
2. Para la evolución del paciente marque si este se recupero, en caso afirmativo indique diagnostico de egreso y fecha de alta.
3. Marque si el paciente ha fallecido, en caso afirmativo indique fecha de fallecimiento y causa, luego marque si se ha realizado necropsia en caso afirmativo indique la fecha de necropsia y diagnostico final.

6. Tratamiento

1. Marque si se aplico *antibióticos*, de ser así indique *dosis, días, duración y fecha de inicio del tratamiento*, luego marque si se aplico *fúngicos* si es afirmativo *indicar total de dosis aplicadas y fecha de inicio*, luego puede especificar que *antibióticos o antifúngicos fueron aplicados* y corticoides. Y cirugía .

7. Clasificación final y presentación clínica

- Si es sospechoso, confirmado, descartado. Presentación clínica si es cutáneas, rino-orbita-cerebral
Sinusial. Orbital, pulmonar, Oral, vaginal. Conducta a seguir y estado del paciente,

8. Observaciones:

1. Indique nombres, apellidos, cargo, teléfonos e email del responsable de la investigación.