



**SIENO  
SISTEMA DE INFORMACION DE  
ENFERMEDADES DE  
NOTIFICACION OBLIGATORIA  
FICHA DE INVESTIGACION  
OROPOUCHE (OROV)**

**ENFERMEDAD:**

**Fiebre de Oropouche (CIE-11 1D43):** Persona que presenta fiebre aguda ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) de inicio súbito, acompañada de uno o más de los siguientes síntomas: Cefalea intensa, Mialgias (dolores musculares), Artralgias (dolores articulares), Malestar general, Náuseas o vómitos, Fotofobia (sensibilidad a la luz), Exantema (erupción cutánea no pruriginosa), Diplopía (visión doble). Criterios epidemiológicos: Al menos uno de los siguientes criterios: Historial de viaje reciente (dentro de los últimos 12 días) a áreas donde se han reportado circulación del virus de fiebre de Oropouche. Antecedentes de contacto con personas sospechosas o confirmadas de tener fiebre de Oropouche.

1 Numero del Caso:		2 Fecha de elaboración		3 Establecimiento de Salud:		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		14.Nacionalidad:		15 Fecha de Nacimiento		16. Edad:	
18. Etnia.		19. Nivel Educativo:		20 Años Aprobados:		21 Situación Conyugal:	
22. Profesión:		23.Ocupación:		24.Latitud:		25.Longitud:	

**Dirección de Habitación (Residencia)**

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. Teléfono de Habitación (fijo):	35. Teléfono Celular (móvil):	36. Punto de Referencia :
------------------------------------	-------------------------------	---------------------------

37. Lugar donde el Paciente enfermo:	38.Nombre de la Madre:	39.Nombre del Padre:
--------------------------------------	------------------------	----------------------

40. Sitio de Trabajo:	41. Plantel Estudiantil:	42. Dirección y Punto de Referencia :	43. Fecha de Atención Medica: (D/M/A)
-----------------------	--------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

44-Fecha de Inicio de Síntomas : (D / M / A )	45-Fecha de Toma de Muestra: ( D / M / A )	46-Fecha de Denuncia o Notificación y Semana Epidemiológica : (D/ M/A ) Nº de Semana Epidemiológica: _____
---	--	---

47. Historial de Viaje Resiente: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ En los 12 días antes del inicio de la enfermedad: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿A donde viajó?: \_\_\_\_\_

DATOS DE LA ENFERMEDAD			
48. DATOS CLINICOS	SI	NO	FECHA
FIEBRE ( 2 a 7 DIAS)			
NAUSEAS O VOMITOS			
MIALGIAS (DOLORES MUSCULARES)			
CEFALEA INTENSA			
ARTRALGIAS (DOLORES ARTICULARES)			
MALESTAR GENERAL			
FOTOFOBIA (SENSIBILIDAD A LA LUZ)			
EXANTEMA (ERUPCIÓN CUTÁNEA NO PRURIGINOSA).			
DIPLOPÍA (VISIÓN DOBLE)			
HEMORRAGIAS CUTANEAS (PETEQUIAS, OTRAS)			
HEMORRAGIAS MUCOSAS (GINGIVORRAGIA, EPISTAXIS, OTRAS)			
MENINGITIS			

48. DATOS CLINICOS	SI	NO	FECHA
ENCEFALITIS			
SÍNTOMAS Y SIGNOS NEUROLÓGICOS			
VÉRTIGO			
LETARGIA			
NISTAGMOS			
RIGIDEZ DE NUCA			
OTROS: (ESPECIFIQUE)			

49- RESULTADO DE LABORATORIO	VALORES			
FECHA (D/M/A)				
HEMATOCRITO				
HEMOGLOBINA				
LEUCOCITOS				
LINFOCITOS				
EOSINIFLOS				
SEGMENTADOS				
PT				
PTT				
PLAQUETAS				
TRANSAMINASAS TGP				
TRANSAMINASAS TGO				

49- RESULTADO DE LABORATORIO	VALORES			
FECHA (D/M/A)				
AMILASA				
PROTEINURIA				
LCR				
OTROS				

50- TIPO DE PRUEBA	FECHA	RESULTADO
PCR - RT		
NS1		
AISLAMIENTO VIRAL		
ANTICUERPOS IgM		
ANTICUERPO IgG		
OTROS		

51. FACTORES DE RIESGO	Si	No
*CRIADEROS EN LA CASA O EN LOS VECINOS		
USA TAMBORES, PIPAS, PIPOTES		
PRESENCIA DE MOSQUITOS EN EL AREA		
AGUA POR ACUEDUCTO		
SUMINISTRO DE AGUA EN FORMA CONTINUA		
ALMACENA EL AGUA EN SU CASA		
DISPONIBILIDAD DE RECOLECCION DE BASURA		
NEUMATICOS O CAUCHOS EN SU CASA		
PROTECTORES EN LA VIVIENDA		
USO DE TELAS METALICAS EN VENTANAS		
USO DE INSECTICIDA EN LA CASA		
USO DE REPELENTE		
CUANTAS HORAS ESTA EN SU CASA		
CASA EN AREA NO PLANIFICADA		
NUMERO DE PERSONAS DEL GRUPO FAMILIAR		
NUMERO DE HABITACIONES PARA DORMIR		
FAMILIARES O VECINOS CON SINTOMAS PARECIDOS EN LOS ULTIMOS 14 DIAS		
LLUVIAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		

\*Criaderos: todo recipiente servible o no

52-ANTECEDENTE VACUNAL		
53- GRUPOS DE RIESGOS	Si	No
< DE 1 AÑO DE EDAD		
>DE 65 AÑOS DE EDAD		
ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL		
ANTECEDENTES DE ASMA BRONQUIAL		
ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS		
ANTECEDENTES DE DENGUE		
ANTECEDENTES DE INSUFICIENCIA RENAL		
EMBARAZO		
OBESIDAD MORBIDA O SOBREPESO		
ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS		
CARDIOPATIAS		
ULCERA PEPTICA		
NEUROPATIAS		
HEPATOPATIA CRONICA		
VIVE SOLO		
VIVE EN POBREZA EXTREMA		
CASO SOCIAL		
DOMICILIO LEJANO		
OTROS		

54. Ingreso al hospital: SI ____ NO ____	55. Establecimiento de Salud:	56. Fecha de Hospitalización: (D/M/A) _____	57. N° de Cama:	58. Servicios:	59.N° en Días de Reposo:
60. Fecha de Alta : (D/M/A) _____		61. Secuelas SI ____ NO ____ TIPO DE SECUELA:			
62. Fallecidos: SI ____ NO ____	63.Fecha de Defunción (D/M/A) : _____		64.Autopsia : SI ____ NO ____ 65.N° de Certificado Defunción :		

**OBSERVACIÓN:**


**DIAGNOSTICO:**

66- Caso sospechoso: <input type="radio"/>	67- Caso Probable: <input type="radio"/>	68- Caso Confirmado: <input type="radio"/>
--	--	--

69- LABORATORIO:  
FECHA DE RECEPCION DE MUESTRA (D/M/A): \_\_\_\_\_ FECHA DE PROCESAMIENTO (D/M/A): \_\_\_\_\_ FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS (D/M/A): \_\_\_\_\_

70- FECHA DE DECLARACION DEL CASO: _____	71- MEDICO/a ENCUESTADOR: _____	72- ENFERMERA/o QUE DECLARA EL CASO: _____
--	---------------------------------	--

73- EPIDEMIOLOGO/A REGIONAL	74- FIRMA: _____ FECHA (D/M/A): _____
-----------------------------	---------------------------------------