



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION
OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACIÓN DE
DIFTERIA

ENFERMEDAD: DIFTERIA (1C17)

DEFINICIÓN DE CASO:

Toda persona que presente fiebre moderada, laringitis, faringitis o amigdalitis, además de una membrana adherente blanco-grisácea en las amígdalas, faringe o nariz. Puede cursar con cuello "proconsular" o en "toro" debido a la linfadenopatía cervical severa.

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 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 V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	2.6 Nacionalidad		2.7 Fecha de nacimiento	/ /	2.8 Edad	2.9 Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	2.10 Etnia	2.11 Nivel educativo 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 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				
	3.12 Lugar donde el paciente enfermó			3.13 Nombre de la Madre		3.14 Nombre del Padre	
4) Cuadro Clínico	4.1 Fecha de inicio de primeros síntomas	/ /	4.2 Fecha de aparición de membrana	/ /	4.3 Fecha de inicio de fiebre	/ /	
	4.4 Descripción clínica						
	4.5 Signos / Síntomas						
	Dolor de garganta		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Síntomas severos / Postración / Coma		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	
	Dolor / Inflamación de ganglios linfáticos cervicales		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Miocarditis		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	
	Ronquera / Tos intensa / Estridor		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Neuritis		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	
	Edema de cuello		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Síntomas respiratorios		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	
	Síntomas nasales		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Síntomas cutáneos		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	
	Membrana faríngea adherente con inflamación		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>				
	4.16 Otros síntomas						
4.17 Localización anatómica		Tonsilar <input type="checkbox"/> Faringea <input type="checkbox"/>	Laríngea traqueal <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/>	No respiratorio <input type="checkbox"/>	4.18 Severidad clínica	Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Asintomático <input type="checkbox"/>	
4.19 Complicaciones							
5) 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 que tardó su traslado desde su domicilio al hospital		5.6 Diagnóstico de ingreso		
	Evolución:		5.7 Recuperado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.8 Diagnóstico de egreso		
	5.9 Fecha de alta	/ /	5.10 Fallecido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.11 Fecha de fallecimiento	/ /	5.12 Causa
	5.13 Necropsia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.14 Fecha de necropsia	/ /	5.15 Diagnóstico macroscópico		
6) Lab.	6.1 Tipo de muestra obtenida			6.2 Fecha de obtención	/ /	6.3 Fecha de envío al laboratorio	/ /
	6.4 Cultivo	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No indicado <input type="checkbox"/>	6.5 Tipo	Mitis <input type="checkbox"/> Intermedius <input type="checkbox"/> Gravis <input type="checkbox"/> No tipado <input type="checkbox"/>	6.6 Toxigenicidad		

7) Tratamiento	7.1 Antibióticos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7.2 N° Dosis, días, duración	7.3 Fecha de inicio de tratamiento	/ /	7.7 Especificar	
	7.4 Antitoxinas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7.5 Total dosis	7.6 Fecha de inicio de tratamiento	/ /		
8)	Clasificación Final			8.2 Fecha	/ /	8.3 Tipo de caso	
		8.1 Clasificación	Probable <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/>			Importado <input type="checkbox"/> Autóctono <input type="checkbox"/>	
9) Vacunación	9.1 Vacunado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	9.2 En que establecimiento de salud fue vacunado			9.3 Tipo de vacuna	
						DPT <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> Pentavalent <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/>	
9.4 N° de dosis recibidas		9.5 Fecha de Última dosis	/ /	9.6 N° de lote	9.7 Fuente de información		
				Carné <input type="checkbox"/> Libro de registro <input type="checkbox"/> Sticker <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/>			
Cadena de transmisión							
10) Actividades de campo	10.1 Fecha del contacto	10.2 Lugar de contacto	10.3 Nombre del contacto	10.4 Edad	10.5 Vacunado con DPT, Pentavalente, Td o DT		10.6 Fecha obtención de muestra
					N° Dosis	Última dosis	
	/ /					/ /	/ /
	/ /					/ /	/ /
	/ /					/ /	/ /
	/ /					/ /	/ /
	/ /					/ /	/ /
	/ /					/ /	/ /
	/ /					/ /	/ /
	/ /					/ /	/ /
Acciones de control							
10.7 Bloqueo <input type="checkbox"/>		10.8 Localidad		10.9 Fecha	/ /		
10.10 Búsqueda activa <input type="checkbox"/>		10.11 N° casos hallados	10.12 N° casos que ingresan al sistema	10.13 N° casos que se descartan			
10.14 Vacunados							
< 1 año	1 a 5 años	6 a 15 años	16 a 49 años	50 a 65 años	> 65 años	Total vacunados	
Pentavalente		Toxoide Diftérico					
10.15 Monitoreo							
ESAVI	Casas abiertas	Casas cerradas	Casas Abandonadas	Total casas			
11) Responsable	11.1 Nombre			11.2 Cargo			
	11.3 Teléfono domicilio		11.4 Teléfono trabajo	11.5 Email institucional			
	11.6 Email personal			11.7 Firma			

Instrucciones Generales:

- Toda la ficha debe ser llenada completamente y con letra legible (Preferiblemente en letra de molde).
- 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 en el cuadro correspondiente la fuente de donde se notifica el caso.

1. Datos del Paciente:

1. *Primer apellido:* escriba el primer apellido del paciente.
2. *Segundo apellido:* escriba el segundo apellido del paciente.
3. *Primer nombre:* escriba el primer nombre del paciente.
4. *Segundo nombre:* escriba el segundo nombre del paciente.
5. *Ci/Pasaporte:* indique si el paciente es venezolano o extranjero. Luego escriba el número de cédula o pasaporte según sea el caso.
6. *Nacionalidad:* escriba la nacionalidad del paciente.
7. *Fecha de nacimiento:* escriba la fecha de nacimiento del paciente.
8. *Edad:* escriba la edad del paciente.
9. *Sexo:* indique el sexo del paciente.
10. *Etnia:* si el paciente es indígena escriba a que etnia pertenece.
11. *Nivel educativo:* marque en el cuadro correspondiente el nivel educativo del paciente (I=Inicial, P=Primaria, S=Secundaria, TM=Técnico medio, TSU/U=Técnico superior universitario/Universitario, EE=En estudio).
12. *Años aprobados:* si en el ítem anterior marco "EE= En estudio" entonces escriba el número de años aprobados.
13. *Situación conyugal:* marque en el cuadro correspondiente la situación conyugal según sea el caso (S=Soltero(a), C=Casado(a), D=Divorciado(a), V=Viudo(a), U=???, Se=??).
14. *Profesión:* escriba la profesión del paciente.
15. *Ocupación:* escriba la ocupación del paciente.
16. *Latitud:* escriba la latitud de la ubicación geográfica del establecimiento donde se capta el caso.
17. *Longitud:* escriba la longitud de la ubicación geográfica del establecimiento donde se capta el caso.

1. Datos de Residencia:

1. *Entidad de residencia:* escriba el estado donde se ubica la residencia del paciente.
2. *Municipio de residencia:* escriba el municipio donde se ubica la residencia del paciente.
3. *Parroquia de residencia:* escriba la parroquia donde se ubica la residencia del paciente.
4. *Localidad de residencia:* escriba la localidad donde se ubica la residencia del paciente.
5. *Urb/Sector/Zona industrial:* escriba el nombre de la urbanización, sector o zona industrial donde se ubica la residencia del paciente.
6. *Av/Carrera/Calle/Esquina/Vereda:* escriba el nombre de la avenida, carretera, calle, esquina o vereda donde se ubica la residencia del paciente.
7. *Casa/Edif./Quinta/Galpón:* escriba el nombre o número de la casa, edificio, quinta o galpón donde se ubica la residencia del paciente.
8. *Piso/Planta/Local:* escriba el número del piso, planta o local donde se ubica la residencia del paciente.
9. *Teléfono de habitación:* escriba el número telefónico de la residencia del paciente.
10. *Teléfono celular:* escriba el número telefónico celular del paciente.
11. *Punto de referencia:* escriba un punto de referencia que facilite ubicar la residencia del paciente.
12. *Lugar donde el paciente enfermó:* escriba el lugar donde se sospecha que el paciente enfermó.
13. *Nombre de la madre:* escriba el nombre de la madre (primer nombre y primer apellido).
14. *Nombre del padre:* escriba el nombre de la madre (primer nombre y primer apellido).

1. Cuadro Clínico:

1. *Fecha de inicio de primeros síntomas:* escriba la fecha en la que iniciaron los síntomas.
2. *Fecha de aparición de membrana:* escriba la fecha en la que apareció la membrana.
3. *Fecha de inicio de fiebre:* escriba la fecha en la que inicio la fiebre.
4. *Descripción clínica:* escriba una resumida descripción clínica del caso.
5. *Signos/Síntomas:* marque en los cuadros correspondientes los signos y síntomas que presente el paciente durante la evolución de la enfermedad.
6. *Otros síntomas:* describa otros signos o síntomas presentados por el paciente.
7. *Localización anatómica:* marque en el cuadro correspondiente la localización anatómica de la membrana.
8. *Severidad clínica:* marque en el cuadro correspondiente la severidad clínica del caso.
9. *Complicaciones:* escriba si se presentó alguna complicación en el paciente.

5. Hospitalización:

1. *Fecha de hospitalización:* escriba la fecha en la que fue hospitalizado el paciente.
2. *Hospital:* escriba el nombre del hospital donde fue hospitalizado el paciente.
3. *N° historia clínica:* escriba el número de historia clínica del paciente en el hospital.
4. *Tiempo de la enfermedad al momento de la hospitalización:* escriba el tiempo e indique la unidad de tiempo utilizada de la enfermedad al momento de ser hospitalizado el paciente.
5. *Tiempo que tardo su traslado desde el domicilio al hospital:* escriba el tiempo que tardo el traslado del paciente al hospital.
6. *Diagnostico de ingreso:* escriba el diagnostico por el cual ingreso el paciente al hospital.
7. *Recuperado:* marque en el cuadro correspondiente si el paciente se recupero o no.
8. *Diagnostico de egreso:* si el paciente se ha recuperado escriba el diagnostico de egreso.
9. *Fecha de alta:* escriba la fecha en que fue dado de alta el paciente.
10. *Fallecido:* marque si el paciente ha fallecido o no.
11. *Fecha de fallecimiento:* si el paciente falleció escriba la fecha del deceso.
12. *Causa:* describa la causa del fallecimiento.
13. *Necropsia:* marque si se hizo necropsia o no.
14. *Fecha de necropsia:* si se ha realizado la necropsia escriba la fecha en que se realizo.
15. *Diagnostico macroscópico:* escriba el diagnostico macroscópico de la necropsia.

6. Laboratorio:

1. *Tipo de muestra obtenida:* escriba el tipo de muestra obtenida.
2. *Fecha de obtención:* escriba la fecha en la que se obtuvo la muestra.
3. *Fecha de envío al laboratorio:* escriba la fecha en la que la muestra fue enviada al laboratorio.
4. *Cultivo:* marque en el cuadro correspondiente el resultado del cultivo realizado.
5. *Tipo:* si el ítem anterior es positivo entonces marque en el cuadro correspondiente el biotipo del bacilo hallado en el cultivo.
6. *Texigenicidad:* si el cultivo dio como resultado positivo entonces marque en el cuadro correspondiente el tipo de cepa.

7. Tratamiento:

1. *Antibióticos:* indique si al paciente se le suministro antibióticos.
2. *N° dosis, días duración:* si se le aplico antibióticos al paciente entonces indique el numero de dosis y días de duración.
3. *Fecha de inicio del tratamiento (con antibióticos):* escriba la fecha en que se inicio el tratamiento con antibióticos.
4. *Antitoxinas:* indique se al paciente se la aplico antitoxinas.
5. *Total dosis:* escriba el número de dosis aplicada.
6. *Fecha de inicio de tratamiento (con antitoxinas):* escriba la fecha en que se inicio el tratamiento.
7. *Especificar:* escriba el nombre de los antibióticos o antitoxinas que fueron aplicados al paciente.

8. Clasificación Final:

1. *Clasificación:* marque en el cuadro correspondiente la clasificación final del caso.
2. *Fecha:* escriba la fecha en que se clasifico el caso.
3. *Tipo de caso:* marque en el cuadro correspondiente el tipo de caso.

9. Vacunación:

1. *Vacunado:* marque en el cuadro correspondiente si el paciente fue vacunado o no.
2. *En que establecimiento de salud fue vacunado:* escriba en que establecimiento le fue aplicada la vacuna.
3. *Tipo de vacuna:* marque en el cuadro correspondiente el tipo de vacuna aplicada.
4. *Nº de dosis recibidas:* indique el numero de dosis aplicadas al paciente.
5. *Fecha de ultima dosis:* escriba la fecha de la ultima dosis.
6. *Nº de lote:* escriba el numero de lote al que pertenece la vacuna.
7. *Fuente de información:* marque en el cuadro correspondiente la fuente de la información.

10. Actividades de campo:

1. *Fecha de contacto:* escriba la fecha en la que el contacto estuvo cerca del paciente.
2. *Lugar de contacto:* escriba el lugar donde hubo el contacto con el paciente. 10.3. *Nombre de contacto:* escriba el primer apellido y primer nombre del contacto. 10.4. *Edad:* indique la edad del contacto.
3. *Vacunado con DPT, Pentavalente, Td o DT:* si el contacto fue vacunado con alguna de estas vacunas indique el número de dosis y la fecha de aplicación.
4. *Fecha de obtención de la muestra:* escriba la fecha de obtención de la muestra.
5. *Bloqueo:* marque el recuadro si se ha realizado bloqueo.
6. *Localidad:* si se ha realizado bloqueo escriba el nombre de la localidad donde se realizo.
7. *Fecha:* escriba en que fecha se realizo el bloqueo.
8. *Busqueda activa:* marque en el recuadro si se realizo búsqueda activa.
9. *Nº casos hallados:* indique el numero de casos hallados durante la búsqueda.
10. *Nº de casos que ingresan al sistema:* indique el numero de casos hallados durante la búsqueda que entran al sistema.
11. *Nº de casos que se descartan:* indique el numero de casos hallados en la búsqueda que se descartan.
12. *Vacunados:* del numero de casos hallados durante la búsqueda indique según su grupo etario el numero de personas vacunados con Pentavalente o con TD y luego totalice.
13. *Monitoreo:* indique los datos hallados durante el monitoreo.

11. Responsable:

1. *Nombre:* escriba el nombre de la persona responsable de la investigación.
2. *Cargo:* escriba el cargo de la persona responsable de la investigación.
3. *Teléfono domicilio:* indique el teléfono de domicilio del responsable de la investigación.
4. *Teléfono trabajo:* indique teléfono de institución donde labora el responsable de la investigación.
5. *Email institucional:* escriba el email institucional de la persona responsable de la investigación.
6. *Email personal:* escriba el email personal de la persona responsable de la investigación.
7. *Firma:* el responsable de la investigación debe colocar su firma.