



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACION VIRUELA SIMICA

ENFERMEDAD: SINDROME FEBRIL ERUPTIVO VESICULAR
DEFINICIÓN DE CASO: se caracteriza por comenzar con fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, dolor de espalda, escalofríos y agotamiento), al que se asocia una importante inflamación de los ganglios. Posteriormente aparece una erupción, que a menudo comienza en la cara y luego se extiende a otras partes del cuerpo, particularmente a las manos y los pies. Estas lesiones van pasando por diferentes etapas antes de formar una costra y caer finalmente. **AGUDO, QUE EVOLUCIONA DESDE ERITEMA, EXANTEMA, MACULA, PÁPULA, VESÍCULA, PÚSTULA Y COSTRA EN PERSONA DE CUALQUIER EDAD.**

1. Número del Caso:		2. Fecha de Elaboración:		3. Establecimiento		4. Parroquia	
5. Municipio		6 Estado		7. Código		8. Fuente de Notificación: Publico <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Búsqueda <input type="radio"/> Activa <input type="radio"/> Privado Comunidad Otros <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
9. Primer Apellido:		10. Segundo Apellido:		11. Primer Nombre:		12. Segundo Nombre:	
13. C.I. Pasaporte <input type="radio"/> E <input type="radio"/>		14. Nacionalidad:		15. Fecha de Nacimiento: Día Me Año		16. Edad:	
17. Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		18. Genero: M <input type="radio"/> H <input type="radio"/> T <input type="radio"/> NB <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		19. Orientación Sexual: GLBT: H:		20. Etnia	
21. Nivel Educativo: I P S TM TSU/U		22. Años Aprobados		23. 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"/>		24. Profesión:	
25. Ocupación:		26. Latitud		27. Longitud			
28. Entidad de Residencia:		29. Municipio de Residencia:		30. Parroquia de Residencia:		31. Localidad de Residencia:	
32. Urb./Sector/ Zona Industrial:		33. Av./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:		34. Casa/Edif./ Quinta/Galpón:		35. Piso/ Planta/Local:	
36. Teléfono de Habitación (fijo):		37. Teléfono Celular (móvil):		38. Nombre de la Madre y / o Representante		39. Nombre del Padre y / o Representante	

Antecedentes Epidemiológicos

40. Lugar donde la Persona enfermo: Lugar: _____ Parroquia: _____ Municipio: _____ Estado: _ _			
41. En caso de niños. Asiste a: Guardería SI — NO — Hogares de Cuidados Diarios SI — NO — 42. Otros _____ SI — NO — Especifique :			
43. Presencia de Niños /as con Varicelas en Guardería : SI ___ NO ___		44. Presencia de Niños /as con Varicelas en Hogar de Cuidados Diarios SI — NO —	
45. Otros Casos de Varicela SI ___ NO ___ Especifique		46. Otros Casos en la Zona de Residencia SI ___ No ___ N° _____	
47. Especifique el N° de Casos: _____ Edades: _____		48. Sitio de trabajo : _____	
49. Plantel Estudiantil: _____		50. Otros sitio SI— NO — Donde :	
51. Contactos con Casos Conocidos :		52. Historial de Viaje Resiente: SI ___ NO ___	
53. En los 5 a 21 días antes del inicio de la enfermedad: SI ___ NO ___		54. Procedencia: _____	
55.-Fecha de Inicio de Síntomas:(D / M / A) _____		56.-Fecha de atención Medica:(D/M/A): _____	
57.-Fecha de Denuncia o Notificación (D/M/A) _____ N° de Semana Epidemiológica: _____		58.Fecha de alta Epidemiológica (D/M/A) ___/___/___	
59. Personal de Salud: SI ___ NO ___ DESCONOCIDO		60. Estado de Embarazo: SI ___ T. Desc. <input type="radio"/> Sem 1-12 <input type="radio"/> Sem 13-20 <input type="radio"/> NO ___ Sem 27 y más <input type="radio"/> Postparto <input type="radio"/> N/A ___ Desconocido ___	
61. Estado Inmunodeprimido: (Si Por enfermedad) _____ (Si, por medicación) _____ (Si, motivo desconocido) _____ NO _____ (Desconocido) _____			
62. ¿Es portador de VIH? POSITIVO <input type="radio"/> NEGATIVO <input type="radio"/> DESCONOCIDO <input type="radio"/>		63. Células CD4: NÚMERO _____	
64. Otras ITS: Clamidia <input type="radio"/> Gonorrea <input type="radio"/> Herpes Genital <input type="radio"/> LGV <input type="radio"/>			
65. ¿Ha recibido la Vacuna de la Viruela? Si ___ NO ___ Registro de vacunación anterior no relacionada con el evento actual ___ Si ___ NO ___ cual _____. Profilaxis previa a la exposición para el evento actual SI ___ NO ___ cual _____. Profilaxis posterior a la exposición para el evento actual SI ___ No ___ cual _____. Desconocido ___ Fecha: ___/___/___			
66. Contactos con Animales: Mono, Ardillas, Roedor, Otros (21 DIAS ANTES DE F.I.S.) SI ___ NO ___ Fecha del contacto (D/M/A) _____			
67. MODO DE TRANSMISION MAS FRECUENTE		Marque (x)	
ANIMAL = Animal a humano transmisión		FOMITE = Contacto con material contaminado (p. ej.,ropa de cama, ropa, objetos)	
HAI = Asociado a la atención sanitaria		PTP = Persona a persona (excluida la transmisión materno infantil, asociada a la atención sanitaria o sexual)	
LAB = Transmisión en laboratorio por exposición ocupacional		SEXO = Transmisión sexual	
MTCT = Transmisión desde la madre a hijo durante el embarazo o el parto.		TRANSFU = transmisión parenteral, incluido el uso de drogas intravenosas y latransfusión.	
OTROS = Otra transmisión		DESCONOCIDO	

DATOS DE LA ENFERMEDAD

68. DATOS CLINICOS	SI	NO	Fecha
Fiebre			
Cefalea			
Erupción Cutánea Macupapular			
Erupción vesicular			
Lesiones Ulcerosas Orofaringes			
Disnea			
Dolor intenso			
Parestesia			
Neumonías			
Encefalitis			
Nefritis Hemorrágicas			
Sepsis			
Dolor Abdominal			

DATOS CLINICOS	SI	NO	Fecha
Sobre infección bacteriana Otros especifique :			
Linfadenopatía (Localizada)			
Linfadenopatía (Generalizada)			
Parestesia			
Mialgia			
Dolor de Espalda			
Astenia			
Dolor de Garganta			
Escalofríos			
Tos			
Vómitos			
Conjuntivitis			

Datos de Laboratorio:

69. Tipo de Examen	Fecha	70. Presencia de la Erupción	Cabeza	Tronco	Cuerpo	Extremidades Superiores	Extremidades Inferiores
Hemoglobina _____		Máculas ____					
Hematocrito _____		Pápulas ____					
Leucocitos _____		Vesículas ____					
Segmentados _____		Pústulas ____					
Linfocitos _____		Costras ____					
Eosinófilos _____							
Monocitos _____							
Plaquetas _____							
TP _____							
TPT _____ OTROS _____							

71- Laboratorio Diagnóstico:

72.Fecha de Recepción de Muestra (D/M/A) _____		73.Fecha de Procesamiento (D/M/A) _____		74.Fecha de Entrega de Resultados (D/M/A) _____	
Tipo de Muestra: PCR _____ Positivo _____ Negativo _____ SEROLOGIA _____ Positivo _____ Negativo _____ Caracterización Genómica: CLADO _____					
75. Caso Probable _____ Caso Confirmado _____ Confirmado por Clínica _____ Confirmado por Nexo _____ Epidemiológico _____ Caso Descartado _____					
77. Diagnóstico: _____ Fecha: (D/M/A) ____/____/____					
78.Tratamiento:		Fecha de Inicio D/M/A		Dosis	
79. Ingreso al hospital: SI ____ NO ____	80. Establecimiento de Salud:	81. Fecha de Hospitalización: (D/M/A) _____	82. N° de Cama:	83. Servicios:	84.N° en Días de Reposo:
85. Fecha de Alta : (D/M/A) _____		86. Secuelas SI _____ NO _____ TIPO DE SECUELA:			
87. Fallecidos: SI ____ NO ____		88.Fecha de Defunción (D/M/A) : _____		89.Autopsia : SI _____ NO _____ 90.N° de Certificado Defunción :	
91.Observaciones:					
92. Fecha de Declaración del Caso (D/M/A) _____		93.Medico /a Tratante:		94.Enfermera /o que declara el Caso:	
96.Epidemiólogo /a Regional :			Firma : Fecha: (D/M/A) _____		