



**SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE
NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACION DE
ENCEFALITIS EQUINA**

ENFERMEDAD: ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA (1C8C)

CASO PROBABLE: PARA VENEZUELA SE HA DEFINIDO EN FUNCIÓN A LA CLÍNICA PREDOMINANTE EN EL BROTE DEL AÑO 1995, CONSIDERANDO LA PRESENCIA DE CRITERIOS MAYORES Y MENORES: **MAYORES:** (OBLIGATORIOS): CEFALEA: INTENSA, DIFUSA, CONTÍNUA QUE NO CALMA CON ANALGÉSICOS COMUNES. FIEBRE: CONTÍNUA 38°C A 39°C Y DE INICIO SIMULTÁNEO CON LA CEFALEA. **MENORES:** (AL MENOS TRES DE ÉSTOS): NAUSEAS Ó VÓMITOS, IRRITABILIDAD, RIGIDEZ DE NUCA, CONVULSIONES, FOTOSENSIBILIDAD, MALESTAR GENERAL, LETARGIA, CONFUSIÓN, MIALGIAS, PARESIA Y PARESTESIA, HIPEREMIA CONJUNTIVAL, HIPEREMIA FARÍNGEA.

1. Numero del Caso:	2. Fecha de Elaboración: (D/M/A) _____	3. Establecimiento :	4. Parroquia :
5. Municipio:	6. Estado:	7. Código:	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 V <input type="radio"/> E <input type="radio"/>	14. Nacionalidad:	15. Fecha de Nacimiento: Día Mes 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:
26. Coordenadas UTM: Norte _____ Este _____	27. Cuadrante Local:	28. Huso Horario:	

Dirección de Habitación

29. Entidad de Residencia:	30. Municipio de Residencia:	31. Parroquia de Residencia :	32. Localidad de Residencia :
33. Urbanización./Sector/ Zona Industrial:	34. Avenida./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:	35. Casa/Edif./ Quinta/Galpón:	36. Piso/ Planta/Local:
37. Teléfono de Habitación (fijo):	38. Teléfono Celular (móvil):	39. Punto de Referencia:	
40. Nombre de la Madre y/o Representante :		41. Nombre del Padre: y/o Representante :	

Datos Epidemiológicos

42. Área geográfica donde la persona enfermo: Localidad _____ Parroquia _____ Municipio _____
Estado _____ País _____

43. Condiciones ecológicas presentes donde la persona enfermo: Vegetación baja abundante Si ___ No ___ Lagunas Si ___ No ___ Embalses Si ___ No ___
Abundancia de vectores (mosquitos) Si ___ No ___ Abundancia lluvia Si ___ No ___

44. Numero de personas con las que ha estado en contacto en los últimos 7 días: _____ 45. Contactos con casos conocidos: SI — NO —

46. Viajes en los Últimos 8 días: Si ___ No ___ En caso de ser afirmativo ampliar esta información : _____

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

47. Otros casos en la zona: SI — NO — En caso de SI donde : _____ 48. Contacto directo con equidos: SI ___ NO _____

49. ¿Ha visto equidos enfermos con sintomatología nerviosa? SI ___ NO _____ 50. En caso de SI cuales : _____

51. Datos de la Enfermedad :

52. Fecha de inicio de los síntomas : (D/M/A) _____

Datos Clínicos	Si	No
Fiebre		
Cefalea		
Escalofríos		
Mialgias		
Diarreas		
Nauseas		
Vómitos		
Hiperemia Conjuntival		
Hiperemia Faringea		
Fotosensibilidad		
Paresia		
Parestesia		

Datos Clínicos	Si	No
Parálisis		
Desorientación		
Confusión		
Irritabilidad		
Estupor		
Letargia		
Temblores		
Convulsiones		
Rigidez de nuca		
Otros Signos		
En caso de SI cuales :		

53. Fecha de Denuncia o Notificación : (D/M/A) _____
Nº de Semana Epidemiológica : _____

54. Fecha de Atención Médica : (D/M/A) _____

55. Fecha de alta Epidemiológica: (D / M / A) — — —

Datos Laboratorio

56. Tipo de Muestra:
Sangre o Suero Agudo Sangre o Suero Convaleciente Sangre o Suero Nº 3 LCR Tejido Hisopado Faringeo Cerebro Otros

57. Fecha de Recolección de la Muestra: (D/M/A) _____

58. Nombre del Laboratorio: _____

59. Nombre y Apellido del responsable del envío de muestra : _____

60. Fecha de entrega de los resultados : (D/M/A) _____

61. Resultados: _____

62. Diagnóstico: Clasificación final del caso

Caso Probable : _____ Confirmado por Laboratorio: _____ Confirmado por Nexo Epidemiológico: _____ Confirmado por Clínica: _____ Descartado: _____

Asistencia Médica

63. Ingreso al Hospital: SI — NO —

64. Fecha de Hospitalización: (D/M/A) — —

65. Nº de Cama : _____

66. Servicio: _____

67. Tratamiento: SI — NO —

68. Analgésico: SI — NO —

69. Antibiótico : SI ___ NO ___

70. Abundante Líquido : SI — NO —

71. Reposo : SI — NO —

72. Alta : SI — NO —

73. Fecha de Alta : (D/M/A) — — —

74. Secuelas : SI — NO —

75. En caso de SI cuales : _____

76. Fallecidos: SI — NO —

77. Fecha de Defunción (D/M/A) _____

78. Observaciones: _____

79. Fecha de Declaración del Caso : (D/M/A) _____

80. Nombre y Apellido del Médico/a Tratante: _____

81. Nombre y Apellido de la Enfermera /o que declara el caso: _____

82. Centro de Salud y teléfono: _____

83. Nombre y Apellido del Epidemiólogo/a Regional : _____

84. Firma y fecha (D/M/A): _____

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. Colocar 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 tal como aparece en la cedula de identidad.
10. Registrar el segundo apellido del persona tal como aparece en la cedula de identidad.
11. Registrar el primer nombre de la persona tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Registrar el segundo nombre de la persona 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 en el espacio correspondiente la edad de la persona.
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.
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 en el espacio correspondiente la profesión desempeña la persona.
23. Colocar en el espacio correspondiente la ocupación de la persona.
24. Registra en el espacio correspondiente la latitud de la zona donde se produjo el caso.
25. Registrar en el espacio correspondiente la longitud de la zona donde se produjo el caso.
26. Registrar en el espacio correspondiente las coordenadas UTM donde se sucedió el evento.
27. Registrar en el espacio correspondiente el cuadrante local donde se sucedió el evento.
28. Registrar en el espacio correspondiente el huso horario donde se sucedió el evento.
29. Escribir en el espacio correspondiente el nombre de la entidad de residencia de la persona.
30. Escribir en el espacio correspondiente el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia de la persona.
31. Registrar en el espacio correspondiente el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia de la persona.
32. Indicar en el espacio correspondiente el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia de la persona.
33. Indicar en el espacio correspondiente Urbanización./Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia de la persona.
34. Indicar en el espacio correspondiente Av./Carrera/Calle/Esquina/Vereda en que se encuentra la residencia de la persona.
35. Indicar Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia de la persona.
36. Escribir en el espacio correspondiente el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona .
37. Escribir en el espacio correspondiente el número de teléfono fijo donde habita la persona.
38. Indicar en el espacio correspondiente el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado la persona.
39. Registrar en el espacio correspondiente un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia de la persona.
40. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre y /o representante.
41. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del padre y /o representante.
42. Registrar en el espacio correspondiente el área geográfica donde la persona enfermo.



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION
OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACIÓN ENCEFALITIS
EQUINA VENEZOLANA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA DE INVESTIGACIÓN ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA

43. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente las condiciones ecológicas presentes en el lugar donde la persona enfermo.
44. Registrar en el espacio correspondiente el numero de personas con las que mas ha estado en contacto en los últimos 7 días.
45. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona ha estado en contacto o no con casos conocidos.
46. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona viajó o no en los últimos 8 días, en caso de ser afirmativo ampliar la información en el cuadro respectivo.
47. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si existen o no otros casos en la zona y registrar donde en caso de si.
48. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si ha tenido o no contacto directo con équidos.
49. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si ha visto o no équidos enfermos con sintomatología nerviosa.
50. Registrar en el espacio correspondiente en caso de ser afirmativo la sintomatología nerviosa.
51. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de inicio de síntomas según formatos (D/M/A).
52. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de síntomas clínicos.
53. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de denuncia o Notificación según formato (D/M/A) y Nº de semana Epidemiológica.
54. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de atención medica según formato (D/M/A).
55. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta epidemiológica según formato.
56. Registrar en el espacio correspondiente el tipo de muestra enviada al laboratorio.
57. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de recolección de muestra según formatos (D/M/A).
58. Registrar en el espacio correspondiente nombre del laboratorio donde se procesan las pruebas enviadas .
59. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del responsable del envío de la muestra .
60. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de entrega de los resultados según formatos (D/M/A).
61. Registrar en el espacio correspondiente el resultado enviado por el laboratorio.
62. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente la clasificación final del diagnóstico enviado por el laboratorio.
63. Registrar en el espacio correspondiente si la persona ingreso o no al hospital.
64. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de hospitalización según formato (D/M/A).

65. Registrar en el espacio correspondiente el Nº de cama donde fue hospitalizada la persona.
66. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del servicio asignado dentro del hospital.
67. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no tratamiento.
68. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no analgésico.
69. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no antibiótico.
70. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no abundante líquidos.
71. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona estuvo o no de reposo.
72. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona le fue dada de alta o no.
73. Registrar con una "X" en el espacio correspondiente la fecha de alta según formatos (D/M/A).
74. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si presento o no secuelas.
75. Registrar en el espacio correspondiente en caso de si cuales fueron las secuelas presentadas.
76. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona falleció o no.
77. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de defunción según formatos (D/M/A).
78. Registrar en observación puntos de interés relacionados con la encefalitis equina.
79. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de declaración del caso según formatos (D/M/A).
80. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del medico/a tratante.
81. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido de la enfermera/o que declara el caso.
82. Registrar en el espacio correspondiente el centro de salud y teléfono
83. Registrar en el espacio correspondiente nombre apellido del epidemiólogo/a regional .
84. Registrar en el espacio correspondiente firma del epidemiólogo/a y fecha.