



**SIENO  
SISTEMA DE INFORMACION DE  
ENFERMEDADES DE  
NOTIFICACION OBLIGATORIA  
FICHA DE INVESTIGACIÓN DE  
CHAGAS**

**ENFERMEDAD: CHAGAS AGUDO (1F53.1)**

DEFINICIÓN DE CASO: PERSONA CON FIEBRE DE MÁS DE 5 DÍAS DE DURACIÓN, DE ETIOLOGIA NO IDENTIFICADA, ACOMPAÑADA O NO DE ESCALOFRÍOS Y QUE PRESENTE UNO MÁS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS O SIGNOS: SIGNO DE ROMAÑA (EDEMA BIPALPEBRAL, NO NECESARIAMENTE BIOCULAR), MIALGIAS O ARTRALGIAS, DEBILIDAD GENERAL, ASTENIA, DIARREA, DOLOR ABDOMINAL, DISNEA, DOLOR TORÁCICO, TAQUICARDIA/PALPITACIONES, HEPATOMEGLIA, ADENOPATÍAS, EDEMA FACIAL Y/O MIEMBROS INFERIORES, ERITEMA NODOSO (ADULTO). EN CASO DE RECIEN NACIDO, SON SOSPECHOSO LOS CASOS CLÍNICOS CARACTERIZADOS POR PREMATUREZ, HEPATOSPLENOMEGLIA Y FIEBRE PROLONGADA, TOMÁNDOSE EN CUENTA QUE LA GRAN MAYORÍA DE LOS CASOS DE TRANSMISIÓN CONGÉNITA SON ASINTOMÁTICOS Y SOLO DETECTABLE POR EL TAMIZAJE SEROLÓGICO MATERNO

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: Publico <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 <input type="radio"/> V <input type="radio"/> E		14. Nacionalidad:		15. Fecha de Nacimiento		16.Edad:	
18. Etnia:		19. Nivel Educativo:		20. Años Aprobados:		17. Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
22. Profesión:		23.Ocupación:		24. Latitud		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"/>	
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. Nombre de la Madre o Representante:				38. Nombre del Padre o Representante:			
39. Fecha de Denuncia o Notificación :(D/M/A) _____ Nº de Semana Epidemiológica : _____		40. Fecha de Investigación: (D/M/A) _____		41. Ubicación de la Investigación: _____			
42. Fecha de Atención Medica: (D/M/A) _____		43.Fecha de Alta Clínica:(D/M/A) _____		44.Fecha de Alta Epidemiológica :(D/M/A) _____			

**Antecedentes Epidemiológicos:**

45. Sitio Probable de la infección:  
 Área Silvestre \_\_\_\_\_ Área Urbana \_\_\_\_\_ Área Rural \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Parroquia \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

46. Lugar de trabajo de la persona afectada: \_\_\_\_\_ 47. Lugar de estudio de la persona afectada : \_\_\_\_\_

48. Tipos de Vivienda: Rancho: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Quinta: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

49. Condiciones de la Vivienda: Buena: \_\_\_\_\_ Mala: \_\_\_\_\_ Regular: \_\_\_\_\_

50. Casos anteriores de enfermedad de chagas en la Comunidad: Si \_\_\_ No \_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

51. Casos de enfermedad de chagas en la Comunidad: Confirmado \_\_\_ Sospechoso \_\_\_ Ignorado \_\_\_\_\_

52. Contactos con Chipó SI — NO — En caso de si especifique donde : \_\_\_\_\_

**53. En Caso de ser afirmativo ampliar la información:**

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

**55. Datos de la Enfermedad:**

54. Fecha de inicio de los síntomas : (D/M/A) \_\_\_\_\_

Datos Clínicos	Si	No	Fecha D/M/A	Datos Clínicos	Si	No	Fecha D/M/A
Fiebre				Hiporexia			
Cefalea				Palpitaciones /Extrasístole			
Artralgias				Taquicardia			
Mialgias				Edema			
Edema facial				Hepatoesplenomegalia CMS X debajo RCD			
Edema MslS				Hipotensión Arterial			
Nauseas				Dolor Abdominal			
Vómitos				Rigidez de Nuca			
Diarrrea							
Escalofríos							
Tos							

Datos Clínicos	Si	No	Fecha D/M/A
Somnolencia			
Irritabilidad			
Convulsiones			
Disnea			
Lesiones en piel			
Tipo: _____			
Adenopatías			
Ubicación: _____			

Datos Clínicos	Si	No	Fecha D/M/A
Kerning y bruzinski			
Cianosis			
Eritema Nodoso			
Sincope			
Otros			
Especifique: _____			
_____			
_____			
_____			

**56. Factores de Riesgos**

Factores de Riesgos	Si	No	
Conoce el chipo			
Existen perros en la casa			
Existen rabipelados en la casa			
Existen perros en la casa			
Ha recibido transfusiones sanguíneas			Fecha (D/M/A)
Familiares con síntomas semejantes			
Vecinos con síntomas semejantes			
Antecedentes con familiares con chagas			
Embarazada actualmente			
Otras Especifique: _____			Fecha (D/M/A)

**Datos de Laboratorio:**

57. Tipo de Examen	Fecha	Resultados
Hemoglobina		
Hematocrito		
Leucocitos		
Segmentados		
Linfocitos		
Eosinofilos		
Monocitos		
Plaquetas		
TP		
TPT		

Tipo de Examen	Fecha	Resultado
TGO		
TGP		
Bilirrubina Total		
B Directa		
B indirecta		
Albuminuria		
Creatinina		
Urea		
Glicemia		
Otros		

58. Tipo de Prueba:	Si	No	Fecha	Resultado
Examen al Fresco				
Extendido				
Gota Gruesa				
Serología				
Cultivo				
Xenodiagnóstico				

59. Muestras Tomadas	Si	No	Fecha	Resultado
Sangre				
Suero Agudo				
Suero Convalesciente				
L C R				
Visceras				
Otros: _____				
Especifique: _____				

**60. Reporte de EKG:**

**61. Reporte de Rayos x:**

**62. Reporte de Ecocardiograma:**

**63. Otros:**

**Diagnósticos, Manejo y Condiciones de la Persona Afectada:**

64. Diagnóstico de Ingreso: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

65.Tratamiento:	Fecha de Inicio D/M/A	Dosis

66. Condiciones de la persona afectada	SI	NO	Fecha D/M/A
Alta Médica			
Muerte			

Observaciones: \_\_\_\_\_

67.Grupo Familiar		Síntomas ( Tipo y Fecha D/M/A )
Nombre y Apellido	Edad	

68. Evolución: \_\_\_\_\_

69. Observaciones y Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

70. Nombre y Apellido del Responsable de la Toma de Muestra: \_\_\_\_\_ 71. Nombre y Apellido del Responsable del envío de la toma de Muestra

72. Fecha de Envío de la Muestra :(D/M/A) _____	73. Nombre del Laboratorio donde se envió la Muestra: _____	74. Fecha de Recepción de la Muestra : (D/M/A) _____
-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

**75. Diagnostico Definitivo Clasificación final del Caso**

Caso Probable : \_\_\_\_\_ Confirmado por Laboratorio: \_\_\_\_\_ Confirmado por Nexo Epidemiológico : \_\_\_\_\_ Confirmado por Clínica : \_\_\_\_\_ Descartado: \_\_\_\_\_

76. Fecha de Diagnostico: (D /M /A) \_\_\_\_\_ 77 .Diagnostico: \_\_\_\_\_

78. Ingreso al hospital: SI — NO —	79. Fecha de Hospitalización: (D/M/A) _____	80. Nº de Cama: _____	81. Servicios: _____	82. Fecha de Alta (D/M/A) _____
------------------------------------	---------------------------------------------	-----------------------	----------------------	---------------------------------

83. Secuela :SI — NO — En caso de SI cuales \_\_\_\_\_ 84. Fallecidos SI \_\_\_\_NO \_\_\_\_ 85. Fecha de Defunción (D/M/A) \_\_\_\_\_  
 Nº de Certificado Defunción \_\_\_\_\_

86.Observación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

87. Fecha de declaración del Caso: (D/M/A) _____	88. Nombre y Apellido Medico/a tratante: _____	89. Nombre y Apellido de la Enfermera/o que declara el caso: _____	90. Centro de salud y teléfono: _____
--------------------------------------------------	------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

91. Epidemiólogo/a Regional: _____	Firma: _____ 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 en el espacio correspondiente el nombre del establecimiento de salud donde se notificó el caso.
4. Registrar en el espacio correspondiente el nombre de la parroquia donde está ubicado el establecimiento de la salud.
5. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del municipio donde está ubicado el establecimiento de salud.
6. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del estado donde está ubicado el establecimiento de salud.
7. Registrar en el espacio correspondiente el código asignado al estado.
8. Registrar en el ovalo correspondiente la fuente de notificación.
9. Registrar el primer apellido del paciente tal como aparece en la cédula de identidad.
10. Registrar el segundo apellido del paciente tal como aparece en la cédula de identidad.
11. Registrar el primer nombre del paciente tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Registrar el segundo nombre del paciente 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 y no poseer cédula de identidad colocar el número de Cédula de Identidad de la madre o representante.
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 óvalo 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 y EE: si se encuentra cursando o curso algún nivel de Educación Especial (incluye la educación recibida a través de las Misiones).
20. Registrar en el espacio correspondiente 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 de la persona 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 que desempeña la persona afectada
23. Indicar en el espacio correspondiente la ocupación que desempeña la persona .
24. Registrar en el espacio correspondiente la latitud de la zona donde se presento el caso.
25. Registrar en el espacio correspondiente la longitud de la zona donde se presento el caso.
26. Escribir en el espacio correspondiente el nombre de la entidad de residencia de la persona afectada.
27. Escribir en el espacio correspondiente el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
28. Registrar el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada.
29. Indicar en el espacio correspondiente el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
30. Indicar Urbanización /Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
31. Indicar Avenida./Carrera/Calle/Esquina/Vereda en que se encuentra la residencia de la persona afectada .
32. Indicar Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia de la persona afectada
33. Escribir el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada.
34. Escribir en el espacio correspondiente el número de teléfono fijo donde habita la persona afectada.
35. Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado la persona afectada.
36. Registrar en el espacio correspondiente un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia de la persona afectada.
37. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre o representante en caso de que la persona afectada sea menor de edad.
38. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del padre o representante en caso de que la persona afectada sea menor de edad.
39. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de Denuncia o Notificación según formato (D/M/A) , así como el N° de Semana Epidemiológica.
40. Registrar en el espacio correspondiente fecha de investigación según formato (D/M/A).
41. Registrar en el espacio correspondiente la ubicación de la investigación.
42. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de atención medica según formato (D/M/A).
43. Registrar en el espacio correspondiente la fecha alta clínica según formato (D/M/A).
44. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta epidemiológica según formato (D/M/A).
45. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente el sitio probable de infección de la persona afectada.
46. Registrar en el espacio correspondiente el sitio de trabajo de la persona afectada.