



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE
NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACION
LEPTOSPIROSIS

ENFERMEDAD: LEPTOSPIROSIS (1B91)

DEFINICIÓN DE CASO: ENFERMEDAD ZONÓTICA DE ORIGEN BACTERIANO CARACTERIZADA POR FIEBRE REPENTINA, ESCALOFRÍOS, CEFALEA, MIALGIAS, INYECCIÓN CONJUNTIVAL, CONFUSIÓN MENTAL, HEMORRÁGIA EN PIEL Y MUCOSAS Y EN ALGUNOS CASOS MENINGITIS E ICTERICIA. SE TRASMITE POR EL CONTACTO DE MUCOSAS ESCORIADAS CON FUENTES HÍDRICAS, LA ORINA DE ROEDEORES, SILVESTRES O DOMÉSTICOS DE MODO DIRECTO O INDIRECTO

1. Numero del Caso:	2. Fecha de Elaboración:	33. 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	Día	Me	Año	16.Edad:	17. Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
---	-------------------	------------------------	-----	----	-----	----------	--

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
----------------	---------------	------------	-------------

Dirección de Habitación	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 :
--	--

Antecedentes Epidemiológicos:

39. Sitio Probable de la infección:
 Área Silvestre _____ Área Urbana _____ Área Rural _____ Localidad _____ Parroquia _____ Municipio _____ estado _____

40. Lugar de trabajo de la persona afectada: _____

41. Tipos de Vivienda: Rancho: _____ Casa: _____ Quinta: _____ Apartamento: _____ Otra: _____ Especifique: _____
 Condiciones de la Vivienda: Buena: _____ Mala: _____ Regular: _____

42. Casos anteriores de Leptopirosis en la Comunidad: Si ___ No ___ En Animales ___ En Humanos ___ Nº _____ 43.Casos de Leptopirosis : Confirmado ___ Sospechoso ___ Ignorado ___

44 Contactos con Animales SI — NO — En caso de SI : Directo _____ Indirecto _____ Especifique : _____	45 Contacto con Especies: Canino <input type="radio"/> Felino <input type="radio"/> Bovino <input type="radio"/> Cerdos <input type="radio"/> Roedores <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Especificar _____
--	--

46. Contacto con Aguas Estancadas: Lagunas <input type="radio"/> piscina <input type="radio"/> Represas <input type="radio"/> Ríos <input type="radio"/> Canales de Riego <input type="radio"/> Limpieza de alcantarilla <input type="radio"/>	47. Contacto con Basura: SI — NO _____
---	--

48. Exposición ocurrida desde 20 días antes de inicio de síntomas: SI _____ NO _____

49 En Caso de ser afirmativo ampliar la información:

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

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

51.Datos de la Enfermedad :

Datos Clínicos	Si	No
Fiebre		
NAUSEAS		
Cefalea		
Meningo Encefalitis		
Ictericia		
Artralgia		
Mialgias		
Vómitos		
Diarrea		
Hepatomegalia		
Hemorragia		

Datos Clínicos	Si	No
Escalofríos		
Adenopatía		
Conjuntivitis		
Poliuria		
Disnea		
Tos		
Disuria		
Postración		
Coluria		
Plaquetopenia		

Datos Clínicos	Si	No
Esplenomegalia		
Síndrome Meníngeo		

Datos Clínicos	Si	No
Otros		
Cuales: _____		

52. Fecha de Denuncia o Notificación : (D/M/A) — — — Nº de Semana Epidemiológica : _____	53. Fecha de la Primera Consulta de Atención Médica : (D/M /A) _____	54. Fecha de Hospitalización (D/M/A) _____
---	---	--

55. Fecha de Alta Clínica: (D/M/A) _____	56. Fecha de Alta Epidemiológica: (D/M/A) _____	57. Fecha de Defunción : (D/M/ A) _____
--	---	---

58. Muestra: SI _____ NO _____ Orina _____ Suero Sanguíneo _____ Viscera (TIPO) _____ 59. Tipo de Prueba Solicitada : _____

60. Fecha de Recolección de la Primera Muestra (Suero): (D/M/A) _____	61. Fecha de Recolección de la Segunda Muestra (Suero): (D/M/A) _____
---	---

62. Nombre Y Apellido del Responsable de la toma de Muestra: _____

63. Nombre Y Apellido del Responsable del envío de la Muestra: _____ 64 Fecha de Envió de la Muestra : (D/M/A) _____

65. Vía de Expedición: Aérea _____ Terrestre _____	66. Nombre del Laboratorio donde se envió la Muestra: _____	67. Fecha de Recepción de la Muestra : (D/M/A) _____
--	---	--

68. Fecha de recepción de Resultados : (D/M/A) _____ 69 Resultado _____

70. Diagnóstico Definitivo Clasificación final del caso

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

71. Fecha de Diagnostico: (D /M /A) _____ 72. Diagnostico: _____

73. Ingreso al hospital: SI — NO —	74. Fecha de Hospitalización: D/M/A/ _____	75 N° de Cama: _____	76. Servicios: _____	77. Tratamiento: SI — NO —	78. Analgésico: SI — NO —
------------------------------------	--	----------------------	----------------------	----------------------------	---------------------------

79. Antibiótico : SI — NO —	80. Abundante Líquido : SI — NO —	81. Reposo: SI — NO —	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) — — —

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: _____	92. Firma: _____ Fecha : (D/M/A) _____
------------------------------------	--



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION
OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACIÓN DE
LEPTOSPIROSIS (A27)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA DE INVESTIGACIÓN LEPTOSPIROSIS (A27)

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 óvalo 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 óvalo 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 óvalo 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 óvalo 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 .
27. Escribir en el espacio correspondiente el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia de la persona.
28. Registrar el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia de la persona.
29. Indicar en el espacio correspondiente el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia de la persona.
30. Indicar Urbanización /Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia de la persona.
31. Indicar Avenida./Carrera/Calle/Esquina/Vereda en que se encuentra la residencia de la persona.
32. Indicar Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia de la persona.
33. Escribir el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona.
34. Escribir en el espacio correspondiente el número de teléfono fijo donde habita la persona .
35. Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado la persona.
36. Registrar en el espacio correspondiente un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia .
37. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre o representante en caso de que la persona sea menor de edad.
38. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del padre o representante en caso de que la persona sea menor de edad.
39. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si el sitio probable de infección es área rural , urbana o silvestre así como registrar la localidad ,parroquia ,municipio y estado del sitio probable de infección.
40. Registrar en el espacio correspondiente lugar de trabajo de la persona afectada.
41. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente tipo de vivienda así como las condiciones donde habita la persona afectada.
42. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si en la comunidad se han presentado casos anteriores de leptopirosis en animales o humanos y registrar el numero de casos.
43. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si los casos anteriores de leptopirosis fueron confirmados , sospechosos o ignorados.
44. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si hubo o no contacto con animales y en caso de ser afirmativo marcar si es directo o indirecto y especificar.
45. Marcar con una "X" en el ovalo correspondiente el contacto con especies y en caso de otro especificar.

46. Marcar con una "X" en el ovalo correspondiente el tipo de aguas estancadas con la que estuvo en contacto la persona afectada
47. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona afectada estuvo o no en contacto con basura.
48. Marcar con una "X" en la casilla correspondiente si la exposición es o no desde 20 días antes de inicio de síntomas.
49. Registrar en la columna correspondiente la fecha , localidad, parroquia, municipio y estado en caso de ser afirmativo la exposición antes de inicio de los síntomas.
50. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de inicio de síntomas según formato (D/M/A).
51. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de síntomas clínicos de la enfermedad en caso de otro especificar.
52. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de Denuncia o Notificación del caso (D/M/A) según formato, y N° de semana epidemiológica.
53. Registre en el espacio correspondiente la fecha de la primera consulta de atención medica según formato (D/M/A).
54. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de hospitalización según formato (D/M/A).
55. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta clínica según formato (D/M/A) .
56. Registrar en el espacio correspondiente la fecha alta epidemiológica según formato (D/M/A) .
57. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de defunción según formato (D/M/A).
58. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si se tomo o no muestra y en caso de ser afirmativo marcar con una "X" la muestra tomada .
59. Registrar en el espacio correspondiente la prueba solicitada de la muestra a estudiar.
60. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de recolección de la primera muestra (suero) según formato (D/M/A).
61. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de recolección de la segunda muestra (suero) según formato (D/M/A).
62. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del responsable de la toma de muestra.
63. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del responsable del envío de la muestra.
64. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de envío de la muestra según formato (D/M/A).
65. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente la vía de expedición de la muestra.
66. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del laboratorio donde se envió la muestra.
67. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de recepción de la muestra según formatos.
68. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de recepción de resultados de la muestra según formatos.

69. Registrar en el espacio correspondiente el resultado enviado por el laboratorio.
70. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente la clasificación final del diagnostico enviado por el laboratorio.
71. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de diagnostico según formato (D/M/A).
72. Registrar en el espacio correspondiente el diagnostico emitido por el técnico o profesional .
73. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona ingreso o no al hospital
74. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de hospitalización según formato (D/M/A).
75. Registrar en el espacio correspondiente el N° de cama asignada en el hospital.
76. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del servicio donde fue hospitalizado.
77. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no tratamiento.
78. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no analgésico.
79. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no antibiótico.
80. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no liquido.
81. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona estuvo o no de reposo.
82. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta según formato (D/M/A).
83. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona presento o no secuelas y en caso de si registrar cuales.
84. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona falleció o no.
85. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de defunción según formato (D/M/A).
86. Registrar en observación punto de interés relacionados con la leptospirosis.
87. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de declaración del caso según formato (D/M/A).
88. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del medico/a tratante.
89. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido de la enfermera /o que declara el caso.
90. Registrar en el espacio correspondiente el centro de salud y teléfono.
91. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del epidemiólogo/a regional.
92. Registrar en el espacio correspondiente la firma del epidemiólogo/a regional y fecha.