



**SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE
NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACION DE
AMEBIASIS**

ENFERMEDAD AMEBIASIS (1A36): Derivada de la ENTAMOEBIA - XN3S1, que puede ser a su vez HISTOLYTICA - XN82F y sin códigos CIE 11 (MOSBKOVSKII , DISPAR, BARTMANNI, BANGLADESVI Y COLI)

DEFINICIÓN DE CASO: TODA PERSONA CON INFECCIÓN POR ENTAMOEBIA EN EL COLON, MANIFESTADA BAJO LAS SIGUIENTES FORMAS:

INTESTINAL DESDE DIARREA MODERADA HASTA DISENTERÍA (MOCO/SANGRE), DOLOR CÓLICO, PUJO Y TENESMO. CASOS GRAVES CURSAN CON FIEBRE Y ESCALOFRÍOS, EXTRAINTestinal PRINCIPALMENTE ABSCESO HEPÁTICO (FIEBRE, DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO Y HEPATOMEGALIA), ASINTOMÁTICA: HALLAZGO DE QUISTES DE ESPECIES PATÓGENAS (E. HISTOLYTICA) SIN CLÍNICA.

1. Numero del Caso:		2. Fecha de Elaboración:		3. Establecimiento		4. Parroquia	
5. Municipio		6. Estado		7. Código Postal:		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 <input type="radio"/> V <input type="radio"/> E <input type="radio"/>		14. Nacionalidad:		15. Fecha de Nacimiento		16. Edad:	
18. Etnia :		19. Nivel Educativo: 1. I <input type="radio"/> 3. S <input type="radio"/> 5. TSU/U <input type="radio"/> 2. P <input type="radio"/> 4. TM <input type="radio"/>		20. Años Aprobados:		21. Situación Conyugal: 1. S <input type="radio"/> 3. U <input type="radio"/> 5. D <input type="radio"/> 2. C <input type="radio"/> 4. Se <input type="radio"/> 6. 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	
30. Urb./Sector/ Zona Industrial:		31. Av./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:		32. Casa/Edif./ Quinta/Galpón:		29. Localidad de Residencia	
34. Teléfono de Habitación (fijo):		35. Teléfono Celular (móvil):		33. Piso/ Planta/Local:			
37. Nombre de la Madre y/o Representante				36. Punto de Referencia:			
38. Nombre del Padre o Representante :				37. Nombre de la Madre y/o Representante			

Antecedentes Epidemiológicos:

39. Viajes en las ultimas cuatro semana:

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

40. Consumo:	Si	No	Procedencia
De Agua:			
De Alimento:			Tipo de Alimentos:
Contacto con caso similar			Donde:

Datos de la Enfermedad

41. Fecha de Inicio de los Síntomas (D / M / A) _____

42. Datos Clínicos de la Enfermedad	Si	No
Fiebre		
Escalofríos		
Estreñimientos con Diarreas Concomitantes		
Diarreas Sanguinolentas Mucoides		
Diarreas con Sangre y Moco		
Hepatomegalia		
Lesiones Intestinales		
Otras		
Cuales:		

43.Fecha de Primera Consulta (D/M /A) _____ 44.Fecha de Denuncia o Notificación: (D/M/A) _____ N° de Semana Epidemiológica: _____
45.Fecha de Atención Médica (D/M/A) _____ 46.Fecha de Alta Epidemiológica (D/M/A) _____ 47.N° de Consultas Realizadas: _____

Datos de Laboratorios:

48. Fecha de Recolección de la Muestra: (D/M /A) _____	49.Tipo de Muestra: _____	50.Fecha de Envió al Laboratorio: (D/M /A) _____	51. Resultado final: _____
52.Nombre y Apellido del Responsable del Envío de la Muestras: _____	53.Nombre del Laboratorio : _____	54.Fecha de Entrega de los Resultados: (D/M/A) : _____	

55.Diagnóstico: Clasificación Final del Caso

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

Asistencia Médica

56.Ingresó al Hospital SI ___ NO ___ 57.Fecha de hospitalización (D/M/ A) _____ 58. Fecha de Admisión (D / M /A) _____ 59.N° de Cama _____
60.Servicios: _____ 61. Tratamiento previo : SI ___ NO ___ 62. Analgésico SI ___ NO ___ 63.En caso de si cual: _____
64.Antibióticos SI ___ NO ___ 65. En caso de si cual: _____
66.Tratamiento durante Hospitalización SI ___ NO ___ Tratamiento Ambulatorio SI — NO — Especifique cual _____ 67. Fecha de Alta (D / M /A) _____
68.Secuelas: SI ___ NO ___ Cuales: _____
69.Fallecidos SI ___ NO ___ 70. Fecha Defunción: (D/M /A) _____ 71.N° de Certificado de Defunción _____
72.Observación: _____

73.Fecha de Declaración del caso: (D/M/A) _____	74.Nombre y apellido del Medico /a tratante: _____	75. Enfermera /o que declara el caso: _____	76.Centro de salud y teléfono : _____
77. Nombre y Apellido del Epidemiólogo/ a Regional: _____		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 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 cedula de identidad.
- 10.- Registrar el segundo apellido del paciente tal como aparece en la cedula 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.
- 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 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 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 que desempeña el usuario.
- 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.- Registrar en la casilla correspondiente fecha , localidad ,parroquia, municipio y estado donde persona viajo en las últimas cuatro semanas.

40.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente consumo de agua y / alimentos así como registrar la procedencia y tipo de alimentos involucrados y así como contacto con casos conocidos y en caso de ser afirmativo y especificar donde.

41.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de inicio de los síntomas según formato (D/M/A).

42.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de síntomas clínicos de la enfermedad en caso de otro especificar.

43.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de la primera consulta según formato (D/M/A).

44.- Registre en el espacio correspondiente la fecha de Denuncia o Notificación según formato (D/M/A) así como N° de semana epidemiológica.

45.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de atención medica según formato (D/M/A).

46.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha alta epidemiológica según formato (D/M/A).

47.- Registrar en el espacio correspondiente el N° de consultas realizadas.

48.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de recolección de la muestra según formato (D/M/A).

49.- Registrar en el espacio correspondiente el tipo de muestra.

50.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de envió de la muestra según formato (D/M/A) .

51.- Registrar en el espacio correspondiente el resultado final.

52.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del responsable del envío de la muestra.

53.-Registrar en el espacio correspondiente el nombre del laboratorio donde se envió la muestra.

54.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de entrega de los resultados según formatos.

55.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente la clasificación del caso.

56.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona ingreso o no al hospital.

57.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de hospitalización según formato (D/M/A).

58.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de admisión según formato (D/M/A).

59.- Registrar en el espacio correspondiente el N° de cama asignado en el hospital.

60.- Registrar en el espacio correspondiente el servicio asignado dentro del hospital.

61.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no tratamiento previo

62.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no analgésico.

63.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente en caso de si los nombres de los analgésicos que recibió la persona.

64.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no antibiótico.

65.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente en caso de si los nombres de los antibióticos que recibió la persona.

66.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió tratamiento durante la hospitalización o ambulatorio y en caso de ser afirmativo especifique cuales.

67.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta según formato (D/M/A).

68.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona presento o no secuelas en caso de si registrarla en cuales.

69.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona falleció o no.

70.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de Defunción según formato (D/M/A).

71.-Registrar en el espacio correspondiente el N° de certificado de defunción .

72.- Registrar en observación punto de interés relacionados a la amibiasis que se consideren relevantes.

73.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de declaración del caso según formato (D/M/A).

74.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del medico/a tratante.

75.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la enfermera/o que declara el caso.

76.- Registrar en el espacio correspondiente centro de salud y teléfono.

77.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del epidemiólogo/a regional firma y fecha según formato (D/M/A).