

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

ENFERMEDAD: VARICELA (1E90)

DEFINICIÓN DE CASO: ENFERMEDAD VIRICA AGUDA QUE SE CARACTERIZA POR UN COMIENZO REPENTINO DE FIEBRE MODERADA, SÍNTOMAS GENERALES LEVES Y UNA ERUPCIÓN CUTÁNEA MACULOPAPULAR DURANTE UNAS HORAS, QUE SE TRANSFORMA EN VESÍCULOSAS DURANTE TRES O CUATRO DÍAS Y QUE DEJA COSTRAS GRANULARES. LAS DIVERSAS FASES COEXISTEN Y LAS LESIONES SON SUPERFICIALES

1. Número del Caso: _____ 2. Fecha de Elaboración: _____ 3. Establecimiento _____ 4. Parroquia _____


5. Municipio _____ 6 Estado _____ 7. Código _____ 8. Fuente de Notificación: Público Laboratorio Búsqueda Activa
Privado Comunidad Otros

9. Primer Apellido: _____ 10. Segundo Apellido: _____ 11. Primer Nombre: _____ 12. Segundo Nombre: _____

13. C.I. Pasaporte V E _____ 14. Nacionalidad: _____ 15. Fecha de Nacimiento: Día _____ Me _____ Año _____ 16. Edad: _____ 17. Sexo: M F

18. Etnia _____ 19. Nivel Educativo: I S TSU/U P TM 20. Años Aprobados: _____ 21. Situación Conyugal: S U D C Se V

22. Profesión: _____ 23. Ocupación: _____ 24. Latitud _____ 25. Longitud _____

Dirección de Habitación (Residencia)  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 y / o Representante _____ 38. Nombre del Padre y / o Representante _____

Antecedentes Epidemiológicos

39. Lugar donde la Persona enfermo: Lugar: _____ Parroquia: _____ Municipio: _____ Estado: _____
40. En caso de niños . Asiste a : Guardería SI — NO — Hogares de Cuidados Diarios SI — NO — 41. Otros _____ SI — NO — Especifique :

42. Presencia de Niños /as con Varicelas en Guardería : SI _____ NO _____ 43. Presencia de Niños /as con Varicelas en Hogar de Cuidados Diarios SI — NO — 44. Otro Casos de Varicela SI — NO — Especifique Donde :

45. Otros Casos en la Zona de Residencia SI _____ No _____ N° _____ 46. Especifique el N° de Casos: _____ Edades : _____

47. Sitio de trabajo : _____ 48. Plantel Estudiantil : _____ 49. Otros sitio S I— N0 — Donde : _____ 50. Contactos con Casos Conocidos :

51.-Fecha de Inicio de Síntomas:(D / M / A) _____ 52.-Fecha de atención Médica:(D/M/A): _____

53.-Fecha de Denuncia o Notificación (D/M/A) _____ N° de Semana Epidemiológica: _____ 54.Fecha de alta Epidemiológica (D/M/A) _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

55- DATOS CLINICOS	SI	NO
Fiebre		
Cefalea		
Erupción Cutánea Macupapular		
Erupción vesicular		
Lesiones Ulcerosas Orofarínges		
Disnea		
Dolor intenso		
Parestesia		
Neumonías		
Encefalitis		
Nefritis Hemorrágicas		
Sepsis		
Dolor Abdominal		
Sobre infección bacteriana Otros especifique :		

Datos de Laboratorio:

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

57- LABORATORIO:
Tipo de Muestra : _____ Tipo de Prueba _____ Fecha de Recolección de la Muestra :(D/M/A) _____

58.Fecha de Recepción de Muestra (D/M/A) _____ 59.Fecha de Procesamiento (D/M/A) _____ 60.Fecha de Entrega de Resultados (D/M/A) _____ CLAS FINAL DEL CASO _____

61. Caso Probable _____ Caso Confirmado _____ Confirmado por Clínica _____ Confirmado por Nexo Epidemiológico _____ Caso Descartado _____

62. Descripción

63.Diagnóstico : _____

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

65.Ingreso al hospital: SI — NO — 66 .Fecha de Hospitalización: (D/M/A) _____ 67. N° de Cama: _____ 68. Servicios: _____ 69.N° en Días de Reposo : _____

70. Fecha de Alta : (D/M/A) _____ 71. Secuelas SI ___NO ___ TIPO DE SECUELA _____

72. Fallecidos: SI — NO — 73.Fecha de Defunción (D/M/A) : _____ 74.Autopsia : SI — NO — 75.N° de Certificado Defunción : _____

76.Observaciones: _____

77. Fecha de Declaración del Caso (D/M/A) _____ 78.Medico /a Tratante: _____ 79.Enfermera /o que declara el Caso: _____ 80- Centro de salud y teléfono: _____

81.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 óvalo correspondiente la fuente de notificación.
9. Registrar el primer apellido del niño/a o persona afectada tal como aparece en la cédula de identidad.
10. Registrar el segundo apellido del niño /a o persona afectada tal como aparece en la cédula de identidad.
11. Registrar el primer nombre del niño/a o persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Registrar el segundo nombre del niño/a o persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
13. Marcar con una equis "X" en el óvalo correspondiente, según la nacionalidad del niño/a o persona afectada (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 del niño /a o persona afectada.
16. Registrar en el espacio correspondiente la edad del niño/a o persona afectada .
17. Marcar en el óvalo correspondiente con una "X" el sexo al cual corresponde.
18. Indicar el nombre de la etnia o pueblo indígena a que pertenece el niño /a o persona afectada.
19. Marcar una equis "X" en el óvalo correspondiente al nivel educativo en el cual se encuentra el niño /a o persona afectada; 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 está 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 equis "X" en el óvalo 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 la persona afectada.
23. Indicar en el espacio correspondiente la ocupación que desempeña la persona afectada.
24. Registrar en el espacio correspondiente la latitud de la zona donde se presentó el caso.
25. Registrar en el espacio correspondiente la longitud de la zona donde se presentó 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 del niño/a o persona afectada
29. Indicar en el espacio correspondiente el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia del niño /a o persona afectada
30. Indicar Urbanización/Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia del niño /a de la persona afectada.
31. Indicar Avenida./Carrera/Calle/Esquina/Vereda en que se encuentra la residencia del niño/a de la persona afectada.
32. Indicar Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia del niño /a de la persona afectada.
33. Escribir el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia del niño /a ó la persona afectada.
34. Escribir en el espacio correspondiente el número de teléfono fijo donde habita el niño /a o la persona afectada.
35. Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado el niño /a o la persona afectada.
36. Registrar en el espacio correspondiente un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia del niño /a o persona afectada.
37. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre ó 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 el espacio correspondiente lugar, parroquia, municipio y estado donde el niño/a o la persona afectada enfermo .

40. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente si el niño/a asiste o no a guardería ,hogares de cuidados diarios.
41. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente en otros y en caso de ser afirmativo registrar.
42. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de niños /as con varicelas en guarderías.
43. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de niños /as con varicelas en hogares de cuidados diarios.
44. Marcar con una equis "X" si hubo o no otros casos de varicela y en caso de ser afirmativo especifique donde.
45. Marcar con una equis "X" si hubo o no otros casos en la zona de residencia en caso de ser afirmativo registrar el numero de casos.
46. Registrar en el espacio correspondiente el N° de casos y las edades de las personas afectadas.
47. Registrar en el espacio correspondiente el sitio de trabajo de la persona afectada.
48. Registrar en el espacio correspondiente el plantel estudiantil u otro centro educativo donde estudia la persona afectada.
49. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente si existe otro sitio o no y en caso de si registrar donde.
50. Registrar en el espacio correspondiente si existen o no contactos con casos conocidos y en caso de si registrar el N°
51. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de inicio de los síntomas según formato (D/M/A) .
52. Registrar en el espacio correspondiente la fecha atención medica según formato (D/M/A) .
53. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de denuncia o notificación epidemiológica según formato (D/M) y N° de semana epidemiológica.
54. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta epidemiológica según formato (D/M/A).
55. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de síntomas clínicos de la enfermedad en caso de otro especificar.
56. Registrar en el espacio correspondiente tipo de examen, fecha según formato (D/M/A) y resultados.
57. Registrar en el espacio correspondiente tipo de muestra, o prueba y fecha de recolección según formato (D/M/A).
58. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de recepción de la muestra según formato (D/M/A).
59. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de procesamiento de la muestra según formato (D/M/A).
60. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de entrega de resultados según formatos (D/M/A).
61. Registrar en el espacio correspondiente la clasificación final del caso.

62. Registrar en el espacio correspondiente la descripción clínica de la enfermedad.
63. Registrar en el espacio correspondiente el diagnóstico clínico de la enfermedad.
64. Registrar en el espacio correspondiente tratamiento ,fecha de inicio y dosis de los medicamentos prescripto por el medico tratante.
65. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente si la persona afectada ingreso o no al hospital.
66. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de hospitalización según formatos (D/M/A).
67. Registrar en el espacio correspondiente el N° de cama asignado a la persona afectada.
68. Registrar en el espacio correspondiente el servicio asignado a la persona afectada.
69. Registrar en el espacio correspondiente el N° en días de reposo de la persona afectada.
70. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta según formato (D/M/A) .
71. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente si existen secuelas o no y en caso de si registrarlas.
72. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente si la persona afectada falleció o no.
73. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de defunción según formato (D/M/A).
74. Registrar en el espacio correspondiente si se realizó o no la autopsia.
75. Registrar en el espacio correspondiente el N° de certificado de defunción.
76. Registrar en el espacio correspondiente las observaciones pertinentes, en relación a la varicela.
77. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de declaración del caso según formato (D/M/A).
78. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del médico/a tratante
79. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la enfermera/o que declara el caso.
80. Registrar en el espacio correspondiente el centro de salud y teléfono.
81. Registrar en el espacio correspondiente el nombre, apellido y firma del Epidemiólogo Regional y fecha según formato D/M/A.