



**SIENO**  
**SISTEMA DE INFORMACION**  
**DE ENFERMEDADES DE**  
**NOTIFICACION OBLIGATORIA**  
**FICHA DE**  
**INVESTIGACION ENFERMEDAD DE**  
**VIRUS DE MAYARO**

**ENFERMEDAD: VIRUS DE MAYARO (XN5ZC)**

**DEFINICIÓN DE CASO:** Zoonosis producida por un arborvirus, transmitido por mosquitos Haemagogus. Parecida al dengue, con un inicio rápido de fiebre (3 - 4 días), dolores generalizados, cefalea (3 - 4 días), dolor retro ocular, mareos, Rash con descamación fina y prurito de aparición variable artralgias generalizadas y edema articular muchas veces incapacitante y signos de flogosis en pequeñas y grandes articulaciones ("muñeca", de los dedos de las manos; rodillas, tobillos y dedos de los pies). El curso de la enfermedad es autolimitado, de tres a cinco días, no letal, no obstante, las artralgias pueden durar semanas o meses.

1- Numero del Caso:	2 -Fecha de Elaboración:	3- Establecimiento de Salud:	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
----------------	----------------	------------	-------------

<b>Dirección de Habitación</b>	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:
-----------------------------------	------------------------------	-------------------------

38-Nombre de la Madre y/o Representante:	39-Nombre del Padre y/o Representante:
--	--

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:**

40-Lugar probable de la infección: _____	- Población concentrada <input type="checkbox"/>	Población Dispersa <input type="checkbox"/>
--	--	---

41-Estado: _____	Municipio: _____	Parroquia: _____
------------------	------------------	------------------

42-Fecha de Inicio de Síntomas: (D/M /A): _____	43-Fecha de Atención Medica: (D/M /A): _____	44-Fecha de Denuncia o Notificación:(D/ M /A ): _____ Nº de Semana Epidemiológica: _____	45-Fecha de investigación: D/ M /A ): _____
---	--	---	---

**DATOS CLÍNICOS**

46- DATOS CLINICOS	SI	NO	FECHA (D/M/A)
FIEBRE			
CEFALEA			
DOLOR RETROORBICULAR			
ARTRALGIAS			
MIALGIAS			
EDEMA ARTICULAR			
DEFORMIDAD ARTICULAR			
ERUPCION			
DESCAMACION			
PRURITO			
NAUSEAS Y VOMITOS			
DIARREAS			
ESCALOFRIOS			
ADENOPATIA			

DATOS CLÍNICOS	SI	NO	FECHA (D/M/A)
DOLOR ABDOMINAL			
DOLOR LUMBAR			
DISURIA			
DIFICULTAD PARA DEAMBULAR			
DOLOR DE GARGANTA			
HEMATURIA			
COLURIA			
HEPATOMEGALIA			
OTROS:			
Especifique: _____			

**Antecedentes Epidemiológicos:**

47--	FACTOR DE RIESGO	SI	NO	FACTOR DE RIESGO	SI	NO
	CRIADEROS EN LA CASA O EN LOS VECINOS			ANTECEDENTES DE DENGUE		
	USA TAMBORES , PIPAS, PIPOTES			ANTECEDENTE RELACIONADO CON CULTIVO DE CAFE		
	PRESENCIA DE MOSQUITOS EN EL AREA			CASA EN ÁREAS NO PLANIFICADAS		
	AGUA POR ACUEDUCTO			FAMILARES O VECINOS CON SINTOMAS PARECIDOS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		
	SUMINISTRO DE AGUA EN FORMA CONTINUA			LLUVIAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		
	ALMACENA EL AGUA EN SU CASA			Contactos con aguas estancadas/ INUNDACIÓN		
	DISPONIBILIDAD DE RECOLECCION DE BASURA			CONTACTOS CON ANIMALES		
				ESPECIFIQUE: _____		
	NEUMATICOS O CAUCHOS EN SU CASA			VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		
				DONDE: _____		
	USO DE TELAS METALICAS EN VENTANAS			48 Cuantas horas está en su casa: _____ 49 N° de personas del grupo familiar: _____ 50 N° de habitaciones para dormir: _____ 51-Antecedentes Vacunales: Antihepatitis B : Si ____No ____ N° de Dosis : _____ Fecha de vacunación: D/M/A/ _____ Antiamarilica: Si ____No ____N° de dosis _____ Fecha de Vacunación: D/M/A/ _ Otras: Si ____No ____Especifique: _____ Fecha de vacunación: D/M/A/ _____		
	USO DE INSECTICIDA EN LA CASA					
	ROEDORES EN LA CASA Y / O VECINOS					
	USO DE CALZADOS EN EL TRABAJO					
	VIVIENDA CERCA DE AREA DE CULTIVO					
	CONSUMO DE ALIMENTOS					
	ESPECIFIQUE: _____					
	VISITA A SITIOS RECREATIVOS (BALNEARIOS, RÍOS)					
	USO DE MOSQUITEROS					
	ANTECEDENTES DE ARTRITIS					

**Datos de Laboratorios:**

52-TIPO DE EXAMEN	FECHA D/M/A	RESULTADO	TIPO DE EXAMEN	FECHA D/M/A	RESULTADO
HEMATOCRITO			TGO		
HEMOGLOBINA			TGP		
LEUCOCITOS			BILIRRUBINA T		
RECUESTO LEUCOCITARIO			BILIRRUBINA DIRECTA		
SEGMENTADOS			BILIRRUBINA INDIRECTA		
LINFOCITOS			ASTO		
EOSINOFILOS			CREATININA		
MONOCITOS			UREA		
PLAQUETAS			GLICEMIA		
PT			EXUDADO FARINGEO		
PTT					
OTROS:					
53-ANTIGENOS FEBRILES	FECHA D/M/A	RESULTADOS	ANTIGENOS FEBRILES	FECHA D/M/A	RESULTADOS

54-TIPO DE PRUEBAS	FECHA D/M/A	RESULTADO	
AISLAMIENTO VIRAL MAYARO			
P.C.R.			
IgM			
IgG			
GOTA GRUESA			
IgM DENGUE			
IgG DENGUE			
AISLAMIENTO VIRAL DENGUE			
P.C.R. DENGUE			
MAT-LEPTOSPIRA			
FHV			
OTROS:			
ESPECIFIQUE:			
57-DIAGNOSTICO DEFINITIVO:			

**Manejo**

58-TIPO DE MANEJO	SI	No	Fecha D/M/A
Hospitalización			
Ambulatorio			
Búsqueda Activa			

55-MUESTRAS TOMADAS	FECHA D/M/A	RESULTADO	
SANGRE			
SUERO AGUDO			
SUERO CONVALESCIENTES			
L.C.R.			
VISCERAS			
OTROS:			

**Diagnostico Probable**

56-DIAGNOSTICO PROBABLE (1-11) ENFERMEDAD DE MAYARO

ENUMERE POR ORDEN SEGÚN CRITERIO MÉDICO
1
2
3
4
5
6

**Condiciones del Paciente**

59-Condiciones del Paciente	SI	NO	Fecha D/M/A
Alta Médica			
Muerte			

**60-Observación:**

\_\_\_\_\_

**61 Responsable de la notificación**

Nombre y Apellido : \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha D/M/A \_\_\_\_\_

**62 GRUPO FAMILIAR**

	Nombres y Apellidos	Edad	Síntomas y Fecha D/M/A	Vacunas Fecha D/M/A
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

63- Fecha de Declaración del caso: D/M/A _____	64-Medico/a Encuestador :	65-Enfermera / o que conoce el caso:
--	---------------------------	--------------------------------------

66- 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 en el espacio correspondiente el número de caso.
2. Registrar en el espacio correspondiente 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 el cual tiene asignado el estado
8. Marque con una "X" en el ovalo correspondiente la fuente de Notificación.
9. Registrar en el espacio correspondiente el primer apellido de la persona afectada tal como aparece en la cedula de identidad.
10. Registrar en el espacio correspondiente el segundo apellido de la persona afectada tal como aparece en la cedula de identidad.
11. Registrar en el espacio correspondiente el primer nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Registrar en el espacio correspondiente 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 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 en el espacio correspondiente 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 afectada o usuario.
16. Registrar en el espacio correspondiente la edad de la persona afectada .
17. Marcar en el óvalo correspondiente con una "X" el sexo al cual corresponda.
18. Indicar en el espacio correspondiente nombre de la etnia o pueblo indígena a que pertenece la persona afectada .
19. Marcar una "X" en el óvalo correspondiente al nivel educativo en el cual se encuentra la 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 esta cursando o curso el nivel de Técnico Superior Universitario o Educación universitaria (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 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 el usuario.
23. Colocar en el espacio correspondiente la ocupación del usuario.
24. Registrar 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. 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 en el espacio correspondiente 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 en el espacio correspondiente la Urb./Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
31. Indicar Av./Carrera/Calle/Esquina/Vereda en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
32. Indicar en el espacio correspondiente Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
33. Escribir en el espacio correspondiente el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada.
34. Indicar en el espacio correspondiente el número de teléfono de habitación donde pueda ser ubicado la persona afectada.
35. Indicar en el espacio correspondiente el número de teléfono celular donde puede ser ubicada 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. Escribir en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre en caso de que la persona afectada sea menor de edad.
38. Escribir en el espacio correspondiente el nombre y apellido del padre en caso de que la persona afectada sea menor de edad.
39. Registrar en el espacio correspondiente el lugar probable de infección y marcar en el cuadro correspondiente si la población es concentrada o dispersa.
41. Registrar en el espacio correspondiente el estado, municipio, parroquia al cual corresponde el lugar probable de infección.
42. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de inicio de los síntomas según formato D/M/A.
43. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de atención médica según formato D/M/A.
44. Registrar en el espacio correspondiente la fecha en que se realiza la denuncia o notificación según formato D/M/A así como el N° de la semana epidemiológica.
45. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de investigación según formato D/M/A.
46. Marcar con una equis (x) en la casilla correspondiente de acuerdo al si o no los datos clínicos ,así como la fecha de aparición de los síntomas según formatos D/M/A.
47. Marcar con una equis (x) en la casilla correspondiente de acuerdo al si o no los factores de riesgo.
48. Registrar en el espacio correspondiente cuantas horas permanece en su casa la persona afectada.
49. Registrar en el espacio correspondiente el número de personas que conforman el grupo familiar.
50. Registrar en el espacio correspondiente el número de habitaciones para dormir que posee la vivienda.
51. Registrar en el espacio correspondiente los antecedentes vacunales y en caso de otra marcar, especificar y registrar fecha de vacunación.
52. Registrar en el espacio correspondiente fecha según formato D/M/A y resultado de los exámenes de laboratorios.
53. Registrar en el espacio correspondiente los anfgenos febriles solicitados ,fecha según formatos D/M/A y resultados.
54. Registrar en el espacio correspondiente en tipo de prueba la fecha según formatos D/M/A y resultados.
55. Registrar en el espacio correspondiente de muestras tomadas la fecha según formatos D/M/A y resultados.
56. Registrar en el espacio correspondiente por orden según criterio medico los diagnósticos probables.
57. Registrar en el espacio correspondiente el diagnostico definitivo.
58. Marcar con una equis (x) en el espacio correspondiente el tipo de manejo que recibió la persona afectada y la fecha según formato D/M/A.
59. Marcar con una equis (x) en el espacio correspondiente las condiciones de egreso de la persona afectada, así como registrar la fecha según formato.
60. Registrar en observación punto de interés relacionado con enfermedad de virus de Mayaro.
61. Registrar en el espacio correspondiente nombre apellido ,firma del médico que notifica el caso y fecha según formato D/M/A.
62. Registrar en el espacio correspondiente nombre apellido, edad, síntomas y fechas de aparición, así como las respectivas vacunas cada miembro del grupo familiar.
63. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de declaración del caso según formato D/M/A.
64. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del médico encuestador.
65. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la enfermera /o que conoce el caso.
66. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del epidemiólogo/a Regional firma y fecha.