



**SIENO
SISTEMA DE INFORMACION
DE ENFERMEDADES DE
NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACION
VIRUS ZIKA
(ID48)**

ENFERMEDAD VIRUS ZIKA (1D48)

CASO SOSPECHOSO: PACIENTE QUE PRESENTA EXANTEMA O ELEVACIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL AXILAR (>37,2 ° C) Y UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS (QUE NO SE EXPLICAN POR OTRAS CONDICIONES MÉDICAS): ARTRALGIAS O MIALGIAS, CONJUNTIVITIS NO PURULENTO O HIPEREMIA CONJUNTIVAL, CEFALEA O MALESTAR GENERAL.

CASO PROBABLE: PACIENTE QUE CUMPLA LOS CRITERIOS DE CASO SOSPECHOSO Y PRESENTE TAMBIÉN ANTICUERPOS IGM ANTI ZIKV, SIN HALLAZGOS DE LABORATORIO QUE INDIQUE INFECCIÓN FLAVIVIRUS.

CASO SOSPECHOSO: CON PRUEBAS DE LABORATORIO POSITIVAS PARA LA DETECCIÓN ESPECÍFICA DE VIRUS ZIKA.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1- Numero del Caso:		2 -Fecha de Elaboración:		3- Establecimiento de Salud:		4-Parroquia	
5- Municipio		6-Estado		7-Código Postal:		8- Fuente de Notificación: <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Búsqueda Activa	
9-Primer Apellido:		10-Segundo Apellido:		11-Primer Nombre : Nombre:		12-Segundo Nombre:	
13-C.I. Pasaporte		14-Nacionalidad:		15-Fecha de Nacimiento		16-Edad:	
18-Pueblo Indígena		19- Nivel Educativo:		20- Años Aprobados:		17- Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
22- Profesión:		23- Ocupación:		24-Embarazo: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		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"/>	

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-Lugar donde el Paciente enfermo:				38-Nombre de la Madre:		39-Nombre del Padre:	
40--Sitio de trabajo :		41-Plantel Estudiantil :		42-Dirección y Punto de Referencia :		43-Fecha de Atención Medica	
44-Fecha de Inicio de Síntomas : (D / M / A) _____		45-Fecha de Toma de Muestra: (D / M / A) _____		46-Fecha de Denuncia o Notificación y Semana Epidemiológica : (D/ M /A) _____, N° de Semana Epidemiológica: _____			

ANTECEDENTES DE VIAJE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS:

47- SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	48-Lugar visitado y fecha:
---	----------------------------

DATOS DE LA ENFERMEDAD:

Signos y Síntomas:

49-DATOS CLINICOS	SI	NO	NO PRECISA	DATOS CLINICOS	SI	NO	NO PRECISA
FIEBRE				DOLOR ABDOMINAL			
CEFALEA				PARESTESIA			
CONJUNTIVITIS				LINFADENOPATIAS			
ARTRALGIA				MENINGITIS			
MIALGIA				ENCEFALITIS			
ERUPCION MACULO PAPULAR				PURPURA TROMBOCITOPENICA			
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES				COMPLICACIONES CARDIACAS			
ARTRITIS				COMPLICACIONES OFTALMOLOGICAS			
DIARREA				OTROS			
ASTENIA				ESPECIFIQUE:			
NÁUSEA Y VOMITO				_____			

50- FACTOR DE RIESGO:

FACTOR DE RIESGO	SI	NO	GRUPOS DE RIESGO	SI	NO
CRIADEROS EN LA CASA O EN LOS VECINOS			RECIEN NACIDO		
USA TAMBORES , PIPAS, PIPOTES			EMBARAZO		
PRESENCIA DE MOSQUITOS EN EL AREA			ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS		
AGUA POR ACUEDUCTO			ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
SUMINISTRO DE AGUA EN FORMA CONTINUA			ANTECEDENTES DE ASMA		
ALMACENA EL AGUA EN SU CASA			ANTECEDENTES DE DIABETES		
DISPONIBILIDAD DE RECOLECCION DE BASURA			ANTECEDENTE DE DENGUE		
NEUMATICOS O CAUCHOS EN SU CASA			SINDROME METABOLICO		
PROTECTORES			VIH SIDA		
USO DE TELAS MATALICAS EN VENTANAS			CARDIOPATIA		
USO INSECTICIDA EN LA CASA			ARTRITIS REMATOIDEA		
USO DE REPELENTE			OTROS:		
OBEESIDAD					

* Criadero: Todo recipiente servible o no que contenga agua

51- EXÁMENES DE LABORATORIO:

TIPO DE EXAMEN	FECHAS DE TOMA MUESTRA D/M/A	RESULTADOS Y FECHA D/M/A
HEMOGLOBINA		
HEMATOCRITO		
LEUCOCITOS		
LINFOCITOS		
EOSINOFILOS		
MONOCITOS		
SEGMENTADOS		
GLICEMIA		
UREA		
CREATININA		
P T		
PTT		
PLAQUETAS		
TGP / TGO		
HEMATURIA		
BILIRRUBINA		
OTROS		

52- TIPO DE PRUEBA:

TIPO DE PRUEBA	FECHA (D/M/A)	RESULTADO
AISLAMIENTO VIRAL		
P C R		
I G M		
I G G		
OTROS		
ESPECIFIQUE _____		

53- TIPO DE MUESTRA:

TIPO DE MUESTRA	FECHA (D/M/A)	RESULTADO
SANGRE		
RESTOS OVULARES		
LÍQUIDO AMNIÓTICO		
OTROS		
ESPECIFIQUE _____		

54- MANEJO Y CONDICIONES:

MANEJO Y CONDICIONES	SI	NO	FECHA (D/M/A)	MANEJO Y CONDICIONES	SI	NO	FECHA (D/M/A)
HOSPITALIZACION				MOTIVOS DE ALTA MEDICA			
AMBULATORIO				MEJORIA			
BÚSQUEDA ACTIVA				TRASLADO			
SERVICIO DE EMERGENCIA				CONTRA OPINION MEDICA			
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS				FUGA			
MOTIVOS DE ALTA MEDICA				MUERTE			
OBSERVACIONES:							

55- LABORATORIO:

FECHA DE RECEPCION DE MUESTRA (D/M/A) _____ FECHA DE PROCESAMIENTO (D/M/A) _____ FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS (D/M/A) _____

56- CLASIFICACION FINAL DEL CASO:

CASO PROBABLE : _____ CASO CONFIRMADO _____ CASO DESCARTADO _____

57- FECHA DE DECLARACION DEL CASO (D/M/A) _____ 58- NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO/A TRATANTE : _____

59- NOMBRE Y APELLIDO DEL EPIDEMIOLOGO /A REGIONAL : _____ FIRMA _____ FECHA (D/M/A) _____



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION
OBLIGATORIA
Ficha de Investigación DEL VIRUS
Zika
(ID48)

Instructivo de llenado de la FICHA de INVESTIGACIÓN DEL VIRUS zika

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 el nombre del establecimiento de salud donde se notificó el caso.
- 4.- Registrar el nombre de la parroquia donde está ubicado el establecimiento de la salud.
- 5.- Registrar el nombre del municipio donde está ubicado el establecimiento de salud.
- 6.- Registrar el nombre del estado donde está ubicado el establecimiento de salud.
- 7.- Registrar el código el cual tiene asignado el estado
- 8.- Marque con una "X" 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 del paciente (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 paciente o usuario.
- 16.- Registrar la edad del paciente.
- 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 el paciente.
- 19.- Marcar una "X" en el ovalo correspondiente al nivel educativo en el cual se encuentra el paciente; 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 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 la profesión desempeña el usuario.
- 23.- Colocar la ocupación del usuario.
- 24.- Registrar si hay embarazo en caso de ser mujer .
- 25.- Registrar en caso de embarazo la edad gestacional en semanas.
- 26.- Escribir el nombre de la entidad de residencia del paciente.
- 27.- Escribir el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia del paciente.
- 28.- Registrar el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia del paciente.
- 29.- Indicar el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia del paciente.
- 30.- Indicar Urb./Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia del paciente.
- 31.- Indicar Av./Carrera/Calle/Esquina/Vereda en que se encuentra la residencia del paciente.
- 32.- Indicar Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia del paciente.
- 33.- Escribir el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia del paciente.
- 34.- Escribir el número de teléfono fijo donde habita el paciente.
- 35.- Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado el paciente.
- 36.- Registrar un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia del paciente.
- 37.- Indicar el lugar donde el usuario contrajo la enfermedad.
- 38.- Escribir el nombre y apellido de la madre en caso de que el paciente sea menor de edad.
- 39.- Escribir el nombre y apellido del padre en caso de que el paciente sea menor de edad.
- 40.- Registrar el lugar o sitio de trabajo.
- 41.- Registrar en caso de estudiante el plantel estudiantil donde cursa estudios.
- 42.- Registrar la dirección y punto de referencia del plantel estudiantil .
- 43.- Registrar la fecha de atención medica según formato (d/m/a).



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION
OBLIGATORIA
Ficha de investigación DEL VIRUS
zika
(ID48)

Instructivo de llenado de la FICHA de investigación DEL VITUS zika

- 44.- Registrar la fecha de inicio de los síntomas según formato (D/M/A).
- 45.- Registrar la fecha en que se realiza la toma de muestra según formato (d/m/a).
- 46.- Registrar la fecha en que se realiza la denuncia o notificación según formato (d/m/a) así como el N° de la semana epidemiológica.
- 47.- Marcar con una "X" en la casilla correspondiente de acuerdo al si, no, el antecedente de viaje en los últimos 15 días.
- 48.- Especificar el lugar del viaje y la fecha del mismo.
- 49.- Marcar con una "X" en la casilla correspondiente de acuerdo al si, no, no precisa, los datos clínicos de la enfermedad.
- 50.- Marcar con una "X" en la casilla correspondiente la ausencia o presencia de los factores de riesgo .
- 51.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de la toma de muestra (D/M/A) así como los resultados con sus respectivas fechas (D/M/ A) .
- 52 Registrar en la columna correspondiente la fecha (D/M/A) y los resultados de los tipos de prueba.
- 53 Registrar en la columna correspondiente la fecha (D/M/A) y los resultados de los tipos de muestra.
- 54.- Registrar en la columna correspondiente el manejo y condición del paciente según corresponda y la fecha (D/M/A) .
- 55.- Registrar en los espacios correspondientes según formatos, las fechas (D/M/A) de recepción de las muestras, procesamiento y resultados de la muestras.
- 56.- Marcar con una "X" en la casilla correspondiente, la clasificación del caso si es probable, confirmado o descartado.
- 57 Registrar en el espacio correspondiente según formatos la fecha de declaración del caso (D/M/A).
- 58 Registre en el espacio correspondiente Nombre y Apellido del Medico tratante, teléfono ,Email, y telefax.
- 59 Registrar en el espacio correspondiente el Nombre y Apellido del Epidemiólogo/a Regional ,firma y fecha (D/M/A)