

1. Numero del Caso:		2. Fecha de Elaboración:(D/M/A) --- --		3. 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. Pasaport <input type="radio"/> V <input type="radio"/> E		14. Nacionalidad:		15. Fecha de Nacimiento		16. Edad:	
18. Etnia		19. Nivel		20. Años Aprobados:		17. Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
22. Profesión:		23. Ocupación:		24. Latitud :		25. Longitud :	
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: _____			

**Datos Epidemiológico**

39. Área Geográfica donde fue la persona fue mordido: Estado _____ Municipio _____ Parroquia _____ Localidad _____			
40. Condiciones Ecológicas del área geográfica : Presencia de : Montaña : SI — NO — Rios : SI — NO —		41. Contactos con casos conocidos : SI — NO —	
42. N° de personas con los que ha estado en contactos en los últimos 7 días _____		43. Viajes en los Últimos 21 días : SI — NO —	

44. En Caso de ser afirmativo ampliar la información:

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

45. Si es Mordedura en que sitio del cuerpo: _____		46. Herida : Única <input type="radio"/> Múltiple <input type="radio"/>		47. Tipo de herida: Superficial <input type="radio"/> Profundo <input type="radio"/>		48. Fecha de Exposición:(D / M / A) --- --	
49. ¿Posee Vacunación Antirrábica humana? SI — NO —		50. Fecha de Primera dosis de Vacuna (D/M/A): _____		51. Fecha de Ultima dosis de Vacuna:(D/M/A): _____		52. Numero de dosis aplicadas : _____	

**Datos Clínicos**

53. Fecha de inicio de Síntomas (D/M / A) : _____		54. Fecha de Diagnostico (D/M/A) : _____		55. Diagnostico neurológico: _____		56. Evolución: Estacionaria <input type="radio"/> Mejorado <input type="radio"/> Muerto <input type="radio"/> No se informó <input type="radio"/>	
57. Fecha de Defunción (D/ M / A) : _____		58. Hubo Autopsia : SI — NO — No se informó _____		59. Descripción Clínica: _____			
60. Hallazgos importante de autopsia : _____							
61. Fecha de Denuncia o Notificación:(D/M/A) _____ N° de Semana Epidemiológica: _____		62. Fecha de Hospitalización:(D/M/A) _____		63. Fecha de Atención Médica : ( D / M / A ) _____			
64 Fecha de Alta Clínica: ( D / M / A ) _____		65. Fecha de Alta Epidemiológica: ( D / M / A ) _____					

**Datos Laboratorio**

66. Tipo de Muestra: LCR <input type="radio"/> Impronta Corneal <input type="radio"/>		67. Tipo de Prueba: _____		68. Fecha de Recolección de la Muestra: ( D / M / A ) --- --		69. Temperatura de Almacenamiento: _____	
70. Forma de Conservación de la Muestra: Congelado <input type="radio"/> Formol <input type="radio"/> Solución Fisiológica y Glicerina <input type="radio"/>				71. Nombre Laboratorio que proceso la muestra: _____		72. Fecha de envió de los Resultados: (D/M/A): _____	
73. Nombre y Apellido del Responsable de la toma y envió de la muestra: _____							

74 Diagnóstico: Clasificación final del caso

Caso Probable : _____	Confirmado : _____	Confirmado por Nexo Epidemiológico : _____	Confirmado por Clínica: _____
-----------------------	--------------------	--	-------------------------------

Descartado : \_\_\_\_\_

Asistencia Médica

75. Ingreso al hospital: SI — NO —	76. Fecha de Hospitalización (D/M/A): — — —	77. N° de Cama : _____	78. Servicios : _____	79. Tratamiento: SI — NO —	80. Analgésico : SI — NO —
81. Antibiótico : SI — NO —	82. Abundante líquido: SI — NO —	83. Reposo: SI — NO —	84. Alta : SI — NO —	85. Fecha de alta : (D/M / A ) _____	86. Secuelas: SI — NO —
87. En caso afirmativo que tipo de secuela _____					

Datos del Animal Mordedor

88. Especie: Canino <input type="radio"/> Felino <input type="radio"/> Otros: <input type="radio"/> Especifique <input type="radio"/> _____	89. Condición del Animal: Observado <input type="radio"/> No Observado <input type="radio"/> No se informó <input type="radio"/>	90. Rabioso: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No se informó <input type="radio"/>	91. Se Confirmó por laboratorio: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No se informó <input type="radio"/>
---	---	---	---

92. El animal mordedor esta vacunado: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ . En caso de ser afirmativo: Fecha de vacunación fecha: (D/M/A) \_\_\_\_\_

93. N° de lote : \_\_\_\_\_ Nombre del laboratorio productor de la vacuna: \_\_\_\_\_

94.-Observación:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entrevistador

95. Fecha de Denuncia del caso: (D/M/A) : _____	96. Nombre , Apellido y firma del Medico tratante: _____	97. Enfermera/o que declara el caso: _____	98. Centro de Salud y Teléfono: _____
---	--	--	---------------------------------------

99. Epidemiólogo/a Regional: \_\_\_\_\_ Firma y Fecha (D/M/A): \_\_\_\_\_



SIENO  
SISTEMA DE INFORMACION DE  
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION  
OBLIGATORIA  
FICHA DE INVESTIGACION RABIA HUMANA  
(A82)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA DE INVESTIGACIÓN RABIA HUMANA (A82)

**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 asignado al estado
8. Marque con una "X" en el ovalo correspondiente la fuente de notificación.
9. Registrar el primer apellido de la persona tal como aparece en la cédula de identidad.
10. Registrar el segundo apellido del persona tal como aparece en la cédula de identidad.
11. Registrar el primer nombre de la persona tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Registrar 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 (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/a 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 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.
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 la persona.
23. Colocar la ocupación del usuario.
24. Registra la latitud de la zona donde se produjo el caso.
25. Registrar la longitud de la zona donde se produjo el caso.
26. Escribir el nombre de la entidad de residencia de la persona.

27. Escribir 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 el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia de la persona.
30. Indicar Urb./Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia de la persona .
31. Indicar Av./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 el número de teléfono fijo donde habita la persona.
35. Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado la persona.
36. Registrar un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia de la persona.
37. Escribir el nombre y apellido de la madre y / o representante en caso de que la persona sea menor de edad.
38. Escribir el nombre y apellido del padre y /o representante en caso de que la persona sea menor de edad.
39. Registrar en el espacio correspondiente estado, municipio, parroquia y localidad donde la persona fue mordida.
40. Marcar con una "X " en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de montañas o ríos en relación de condiciones ecológicas.
41. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente presencia o ausencia de contactos con casos conocidos.
42. Registrar el N° de personas con los que ha estado en contacto en los últimos siete días .
43. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente existencia o ausencia de viajes en los últimos 21 días.
44. Registrar en caso de ser afirmativo , fecha (D/M//A) , localidad, parroquia, municipio, y estado que frecuento los últimos 21 días.
45. Registrar en que sitio del cuerpo se produjo la mordedura.
46. Marcar con una "X" en el ovalo correspondiente si la herida es única o múltiple.
47. Marcar con una "X" en el ovalo correspondiente tipo de herida .
48. Registrar en los espacios correspondiente la fecha de exposición de la mordedura según formato (D/M/A) .
49. Marcar con una "X" en la casilla correspondiente si la persona tiene o no la vacuna antirrábica humana.
50. Registrar en los espacios correspondientes fecha de la primera dosis de vacuna humana según formato (D/M/A).
51. Registrar en los espacio correspondiente la fecha de la ultima dosis de vacuna según formato (D/M/A).
52. Registrar en el espacio correspondiente el N° de dosis aplicadas.
53. Registre en el espacio correspondiente la fecha de inicio de los síntomas según formato (D/M/A) .
54. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de diagnóstico según formato (D/M/A).
55. Registrar en el espacio correspondiente el diagnóstico neurológico.
56. Marcar con una "X" en el ovalo correspondiente la evolución de la persona afectada.



SIENO  
SISTEMA DE INFORMACION DE  
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION  
OBLIGATORIA  
FICHA DE INVESTIGACIÓN  
RABIA HUMANA (A82)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA DE INVESTIGACIÓN RABIA HUMANA (A82)

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 realizó o no, la autopsia.
59. Registrar en el espacio correspondiente la descripción clínica.
60. Registrar en el espacio correspondiente hallazgo importante de la autopsia.
61. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de denuncia o notificación según formato y N° de semana epidemiológica.
62. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de hospitalización según formato (D/M/A).
63. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de atención médica según formato (D/M/A).
64. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta clínica según formato (D/M/A).
65. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta epidemiológica según formato (D/M/A).
66. Marcar con una "X" en el ovalo correspondiente tipo de muestra.
67. Registrar en el espacio correspondiente tipo de prueba.
68. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de recolección de la muestra según formato (D/M/A).
69. Registrar en número la temperatura de almacenamiento de la muestra.
70. Registrar en el espacio correspondiente la forma de conservación de la muestra (congelado, formol, solución fisiológica y glicerina).
71. Registrar el nombre del laboratorio que procesó la muestra.
72. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de envío de resultados según formatos (D/M/A).
73. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del responsable de la toma y envío de la muestra.
74. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente la clasificación final del diagnóstico del laboratorio.
75. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona ingresó o no al hospital.
76. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de hospitalización según formato (D/M/A).
77. Registrar el número de cama que ocupa en el servicio del hospital asignado.
78. Registrar el nombre del servicio asignado dentro del hospital.
79. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no tratamiento.
80. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no analgésico.
81. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no antibiótico.
82. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona consumió o no abundante líquido.
83. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona estuvo o no de reposo.
84. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona se le dio o no de alta en el hospital.
85. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta, según formato D/M/A.
86. Marcar en el espacio correspondiente si la persona presentó o no secuela.

87. Registrar en el espacio correspondiente el tipo de secuela que presenta la persona.
88. Marcar en el espacio correspondiente la especie a que pertenece el animal mordedor y en caso de otro especifique.
89. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente la condición del animal.
90. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si el animal es o no rabioso.
91. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si el caso de rabia se confirmó o no por laboratorio.
92. Marcar en el espacio correspondiente si el animal mordedor está vacunado o no, en caso de ser afirmativo, registrar la fecha de vacunación según formato D/M/A.
93. Registrar el N° de lote en el espacio correspondiente y el nombre del laboratorio productor de la vacuna.
94. Registrar en observación punto de interés relacionados al caso de rabia humana.
95. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de denuncia del caso según formato D/M/A.
96. Registrar en el espacio correspondiente nombre, apellido y firma del médico tratante.
97. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido de la enfermera que declara el caso.
98. Registrar en el espacio correspondiente centro de salud y teléfono.
99. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del epidemiólogo/a regional que avale la investigación del caso, firma y fecha según formato D/M/A.