

SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACION
Síndrome Febril
Ictero Hemorrágico

ENFERMEDAD: SINDROME FEBRIL ICTERO HEMORRÁGICO

SÍNDROME FEBRIL ICTERICO agudo: Proceso febril de menos de tres semanas de duración con ictericia sin coletíasis detectable u obstrucción biliar, en una persona mayor de un año de edad.

SÍNDROME FEBRIL HEMORRÁGICO agudo: Proceso febril de menos de tres semanas de duración con evidencia HEMORRAGICA, con o sin evidencia de fragilidad capilar en una persona mayor de un año

1. Número del Caso:		2. Fecha de Elaboración:		3. Establecimiento:		4. Parroquia:	
5. Municipio:		6. Estado:		1.6 Código	7. 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"/>		
8. Primer Apellido:		9. Segundo Apellido:		10. Primer Nombre:		11. Segundo Nombre:	
12. C.I.	V <input type="radio"/> E <input type="radio"/>	13. Nacionalidad:		14. Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año
15. Edad:		16. Sexo		17. Etnia		18. Nivel Educativo	
19. Años Aprobados:		20. Situación Conyugal:		21. Profesión:		22. Ocupación:	
23. Latitud		24. Longitud		25. Entidad de Residencia:		26 Municipio de Residencia:	
27. Parroquia de Residencia		28. Localidad de Residencia		29. Urb./Sector/ Zona Industrial:		30. Av./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:	
31. Casa/Edif./ Quinta/Galpón:		32. Piso/ Planta/Local:		33. Teléfono de Habitación (fijo):		34. Teléfono Celular (móvil):	
35. Punto de Referencia:		36. Lugar donde la persona enfermó:		37. Nombre de la Madre y/o Representante:		38. Nombre del Padre y / o Representante:	

Datos Epidemiológicos:

39. Lugar Probable de Infección: _____ Población Concentrada Población Dispersa

40. Estado: _____ Municipio: _____ Parroquia: _____ Localidad: _____

41. Fecha de Inicio de Síntomas D/M/A: _____ 42. Fecha de Atención Médica D/M/A: _____

43. Fecha de Notificación D/M/A: _____ Nº de Semana Epidemiológica: _____ 44. Fecha de Investigación D/M/A: _____

45. **Datos Clínicos:**

Signos y Síntomas	SI	NO	Fecha
FIEBRE			
CEFALEA			
DOLOR RETROORBICULAR			
ARTRALGIAS			
MIALGIAS			
ERUPCION			
NAUSEAS O VOMITOS			
DIARREA			
ESCALOFRIOS			
TOS			
PETEQUIAS			
EQUIMOSIS			
HEMOPTISIS			
MELENA			

Signos y Síntomas	SI	NO	Fecha
EPISTAXIS			
GINGIVORRAGIA			
HEMATURIA			
METORRAGIA			
CONGESTION NASAL			
DOLOR DE GARGANTA			
PRESENCIA DE ICTERICIA			
DOLOR ABDOMINAL			
PRUEBA DE TORNIQUETE			
COLURIA			
HEPATOMEGALIA			
ADENOPATIA			
NEUROLOGICOS			
OTROS:			

46. **Antecedentes Epidemiológicos:**

Factores de Riesgo			Factores de Riesgo		
	SI	NO		SI	NO
CRIADEROS EN LA CASA O EN VECINOS			ANTECEDENTE DE DENGUE		
CRIADEROS EN EL SITIO DE TRABAJO			CASA EN EL AREA NO PLANIFICADA		
USO DE PIPA, TAMBORES, PIPOTES ETC.			FAMILIARES O VECINOS CON SINTOMAS PARECIDOS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		
PRESENCIA DE MOSQUITOS EN EL AREA			COMPAÑEROS DE TRABAJO CON SINTOMAS PARECIDOS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		
AGUA POR ACUEDUCTO			LLUVIAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		
SUMINISTRO DE AGUA EN FORMA CONTINUA.			IINGESTION DE DROGAS		
ALMACENA EL AGUA EN SU CASA.			CONTACTOS CON AGUAS ESTANCADAS Y INUNDACIONES		
ALMACENA EL AGUA EN EL SITIO DE TRABAJO.			CONTACTOS CON ANIMALES (ESPECIFIQUE)		
DISPONIBILIDAD DE RECOLECCION DE BASURA.			VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		
HAY NEUMATICOS O CAUCHOS EN SU CASA			DONDE:		
HAY NEUMATICOS O CAUCHOS EN EL TRABAJO			CUANTAS HORAS ESTA EN SU CASA		
USO DE TELAS METALICAS EN VENTANA			Nº DE PERSONAS DEL GRUPO FAMILIAR		
USA INSECTICIDA EN SU CASA.			ROEDORES EN LA CASA		

Factores de Riesgo	SI	NO	Factores de Riesgo	SI	NO
ROEDORES EN LA VECINDAD			ANTECEDENTES DE DIABETES		
ROEDORES EN EL TRABAJO			ESTATUS DE VACUNACIÓN ANTIANALÍTICA (IMPORTANTE LA FECHA Y LOTE)		
USO DE CALZADO EN EL TRABAJO			ANTIHEPATITIS Fecha: __/__/__ Lote: _____		
VIVIENDA CERCA DEL AREA DE CULTIVO			ANTIAMARILICA Fecha: __/__/__ Lote: _____		
CONSUMOS DE ALIMENTOS (ESPECIFIQUE)			OTRAS Fecha: __/__/__ Lote: _____		
TRABAJOS DENTALES O TRANSFUSIONES			HABITACIONES PARA DORMIR		
FAMILIARES CON HEPATITIS			EN CASO DE SI N° _____		

47. Datos de Laboratorio:

Tipo de Examen	Valores	
FECHA		
HB		
HTO		
CTA .BLANCA		
SEGMENTADOS		
LINFOCITOS		
EOSINOFILOS		
MONOCITOS		
PLAQUETAS		
TP		
TPT		

48. Tipo de Prueba	Fecha	Resultado
AISLAMIENTO VIRAL FA		
P.C.R .FA		
IgM FA		
IgG FA		
GOTA GRUESA		
I g M DENGUE		
I g G DENGUE		
AISLAMIENTO VIRAL DENGUE		
P .C.R. (DENGUE)		
MAT-LEPTOSPIRA		
F H V (SEROLOGÍA)		
OTROS :		

Tipo de Examen	Valores	
FECHAS		
TGO		
TGP		
BILIRRUBINA T.		
B .DIRECTA		
B .INDIRECTA		
ALBUMINURIA		
CREATININA		
UREA		
GLICEMIA		
OTROS :		

49 DX. PROBABLE	Enumere por orden según criterio médico	49 DX. PROBABLE	Enumere por orden según criterio médico
DENGUE		HEPATITIS B	
PALUDISMO		HEPATITIS C	
FIEBRE VZLANA		HEPATITIS D	
FIEBRE AMARILLA		HEPATIRIS E	
HEPATITIS A		LEPTOSPIROSIS	

Tipo de Prueba	Fecha	Resultados
Anti VHA		
AgS VHB		
ANTI-core VHB		
Anti VHC		
Anti—VHD		

Muestras Tomadas	Fecha	Resultados
Sangre		
Suero Agudo		
Suero convaleciente		
L. C. R		
Visceras		
Otros:		

50.CONDICIÓN DEL PACIENTE	SI	NO	FECHA
HOSPITALIZACION			
AMBULATORIO			

51. CONDICIONES DE LA PERSONA	FECHA
ALTA MEDICA	
MUERTE	

54. GRUPO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	Edad	Sintoma (Tipo y Fecha)	Vacunas Fecha Y LOTE
1			
2			
3			
4			

52. OBSERVACIONES

53. Responsable de la Notificación (Nombre y Apellido):

Cargo: _____ Firma: _____ Matrícula: _____

55. Fecha de Declaración del caso: (D/M/A) _____

56. Médico (a) tratante: _____

57. Enfermera (o) que declara el caso: _____

58. Centro de Salud y Telf.: _____

59. 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 del 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. Marcar con una equis (X) en el óvalo correspondiente la fuente de Notificación.
8. Registrar el primer apellido de la persona , tal como aparece en la cédula de identidad.
9. Registrar el segundo apellido de la persona tal como aparece en la cédula de identidad.
10. Registrar el primer nombre de la persona , tal como aparece en la cédula de Identidad.
11. Registrar el segundo nombre de la persona ,tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Marcar con una equis (X) en el óvalo correspondiente, la nacionalidad de la persona (V si es de nacionalidad venezolana y E si es 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.
13. Registrar la nacionalidad venezolano o venezolana en caso de ser venezolano o el país de origen en caso de ser extranjero.
14. Registrar en las casillas correspondientes el día, mes y año de nacimiento de la persona.
15. Registrar la edad de la persona en años y en caso de niños menores de un año en meses.
16. Marcar en el óvalo correspondiente con una "(X)" el sexo de la persona.
17. Indicar el nombre de la etnia o pueblo indígena que pertenece la persona.
18. Marcar una equis (X) en el óvalo correspondiente al nivel educativo de la persona; I: si se encuentra en el nivel Inicial, P: si está cursando o cursó solo el nivel de Primaria, S: si se encuentra en el nivel de Secundaria, TM: si está cursando o cursó el nivel de Técnico Medio, TSU/U: si esta cursando o curso el nivel de Técnico Superior Universitario o Educación universitaria.
19. Registrar los años aprobados en el último nivel educativo cursado.
20. 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.
21. Indicar la profesión que desempeña el usuario.
22. Colocar la ocupación del usuario, lugar y nombre de la empresa donde trabaja.
23. Registrar la latitud de la zona donde se produjo el caso.
24. Registrar la longitud de la zona donde se produjo el caso.
25. Escribir el nombre del Estado donde esta ubicado la residencia de la persona.
26. Escribir el nombre del Municipio donde se encuentra la residencia de la persona.
27. Registrar el nombre de la Parroquia donde se encuentra ubicada la residencia de la persona.

28. Indicar el nombre de la localidad donde se encuentra la residencia de la persona.
29. Indicar Urbanización./Sector/Zona Industrial donde se encuentra la residencia de la persona.
30. Indicar Avenida /Carrera/Calle/Esquina/Vereda donde se encuentra la residencia de la persona.
31. Indicar el N° o nombre Casa/Edif./Quinta/Galpón donde se encuentra la residencia de la persona.
32. Escribir el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona.
33. Escribir el número de teléfono fijo donde habita la persona.
34. Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado la persona.
35. Registrar un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia de la persona.
36. Indicar el lugar donde la persona contrajo la enfermedad.
37. Escribir el nombre y apellido de la madre y / o representante en caso de 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 el lugar probable de infección donde se presume se produjo la misma y marcar con una "X" si la población es concentrada o dispersa.
40. Registrar el estado, municipio ,parroquia y localidad al que corresponde el lugar donde se produjo la infección.
41. Registrar en los espacios correspondientes la fecha de inicio de síntomas, según formato D/M/A.
42. Registrar en los espacios correspondientes la fecha de atención medica según formato D/M/A.
43. Registrar en los espacios correspondientes la fecha de notificación según formato D/M/A y el N° de semana epidemiológica.
44. Registrar en los espacios correspondientes la fecha de investigación según formato D/M/A.
45. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de signos y síntomas clínicos del síndrome febrile ictero hemorrágico.
46. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente los antecedentes epidemiológicos en relación a la presencia o ausencia de factores de riesgo del síndrome ictero hemorrágico.
47. Registrar de los exámenes de laboratorio los resultados y la fecha de toma en el formato D/M/A.
48. Registrar de las pruebas, fecha de toma, y resultado.
49. Enumerar por orden según criterio médico diagnóstico de la persona.
50. Marque con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no atención en el hospital, ambulatorio o solo fue por búsqueda activa y registrar fecha (D/MA).
51. Registrar la fecha (D/M/A) en relación a la condiciones de egreso, por alta medica o muerte de la persona.
52. Registrar en observación puntos de interés relacionados al síndrome febriles ictero hemorrágico que se consideren relevantes.
53. Registrar nombre y apellido del responsable de la notificación, cargo, firma y matricula.
54. Registrar nombre y apellido ,edad ,síntomas (tipo) fecha (D/M/A), y vacunas que recibió con su respectiva fecha y lote el grupo familiar.
55. Registrar la fecha de declaración del caso según formato (D/M/A).
56. Nombre y apellido del medico/a tratante.
57. Nombre y apellido de la enfermera/o que declara el caso.
58. Registrar el nombre del establecimiento de salud y teléfono.
59. Registrar nombre y apellido del Epidemiólogo/a Regional que avala la investigación del caso, firma y fecha según(D/M/A).