

SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION
OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACIÓN DE FIEBRE
TIFOIDEA

ENFERMEDAD: FIEBRE TIFOIDEA (1A07.Z)
DEFINICIÓN DE CASO: ENFERMEDAD SISTÉMICA CAUSADA POR SALMONELLA TYPHI (CÓDIGO XN3LD),
CARACTERIZADA POR:
PRÓDROMO: FIEBRE SOSTENIDA DE INICIO INSIDIOSO, CEFALEA INTENSA, MALESTAR GENERAL,
ANOREXIA Y TOS NO PRODUCTIVA, SIGNOS CLÍNICOS: BRADICARDIA RELATIVA (SIGNO DE FAGET),
ESPLENOMEGALIA, ESTREÑIMIENTO O DIARREA, MANIFESTACIONES ATÍPICAS/GRAVES: ROSÉOLA
TIFOIDEA (MANCHAS ROSADAS EN EL TRONCO) O CUADROS DE INTENSIDAD MODERADA.

1. Numero del Caso: _____		2. Fecha de elaboración _____		3. Establecimiento : _____		4. Parroquia : _____							
5. Municipio _____		6. Estado _____		7. Código Postal: _____		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"/>							
9. Primer Apellido: _____		10. Segundo Apellido: _____		11. Primer Nombre : _____		12. Segundo Nombre : _____							
13. C.I. Pasaporte <input type="radio"/> V <input type="radio"/> E		14. Nacionalidad: _____		15. Fecha de Nacimiento <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>		Día	Mes	Año				16. Edad: _____	
Día	Mes	Año											
17. Sexo <input type="radio"/> 1. M <input type="radio"/> <input type="radio"/> 2. F		18. Etnia: _____		19. Nivel Educativo: <input type="radio"/> 1. I <input type="radio"/> 3. S <input type="radio"/> 5. TSU/U <input type="radio"/> <input type="radio"/> 2. P <input type="radio"/> 4. TM <input type="radio"/>		20. Años Aprobados: _____							
21. Situación Conyugal: _____		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. Código Postal y correo _____		35. Teléfono de Habitación (fijo): _____		36. Teléfono Celular (móvil): _____							
37. Punto de Referencia : _____		38. Tiempo de Residencia: _____		39. Nombre de la Madre y / o Representante : _____		40. Nombre del Padre y / o Representante : _____							

Datos Epidemiológicos

41. Cuatro semanas previas al inicio de síntomas consumo de alimentos: Lugar: _____ Ambulante: _____ Restaurante: _____			
42. Contactos con Casos Conocidos o Similares SI ___ No ___		43. Viajes en las Últimas 4 semanas SI ___ NO ___ Lugar _____	
Parroquia _____ Municipio _____ Estado _____			
44. Casos en la zona donde habita: SI — NO — Nº —		45. Fuente de Abastecimiento Agua : Tubería ___ Cisterna ___ Tanque ___ Pozo ___ Otro ___ Especificar : _____	
46. Fecha de inicio de los primeros Síntomas: (D/ M / A) _____		47. Fecha de Primera Consulta: (D/M /A) _____	
48. Nº de Consultas Realizadas _____		49. Hospitalizado: SI — NO —	
50. Fecha de Hospitalización : (D/M /A) _____		51. Servicio : _____	
52. Nº de Historia _____		53. Fecha de Denuncia o Notificación : (D/M/A) Nº de Semana Epidemiológica: _____	
54. Tratamiento Previo : Antibiótico SI — NO — Cuáles: _____			
55.- Otros medicamentos SI — NO — Cuales : _____			

56. Datos Clínicos

Síntomas	Si	No
Fiebre		
Cefalea		
Malestar General		
Bradicardia		
Esplenomegalia		
Exantema del Tronco		
Fiebre sin Diaforesis		
Obnubilación		
Enterorragia		
Perforación intestinal		
Otros Especifique: _____		

Tratamientos:

57.Tratamiento : _____

58. Egreso por : Mejoría SI ___ NO ___ Muerte SI ___ NO ___	59. Autopsia : SI ___ NO ___	60.Nº de Certificado de Defunción :	61.Resultado :
--	------------------------------	-------------------------------------	----------------

Laboratorio:

62.Aislamiento : SI ___ NO ___	63.Fecha de Aislamiento : (D / M / A) _____	64.Material donde fue aislada : _____
--------------------------------	---	---------------------------------------

65.Identificación Propuesta: _____	66. Identificación Final: _____
------------------------------------	---------------------------------

67.Fecha de Alta: (D/M/A) _____	68.Reposo :SI ___ NO ___ Nº de días _____	69. Secuelas: SI ___ NO ___	70.En caso de cuales: _____
------------------------------------	--	--------------------------------	-----------------------------

71.- FICHA DE SEGUIMIENTO ESTADO DE PORTADOR

		Fecha toma Muestra Heces D/M/A		Coprocultivo Resultado
CONTACTOS 1	Fecha D/M/A: _____	Muestra 1	_____	_____
		Muestra 2	_____	_____
		Muestra 3	_____	_____
CONTACTOS 2	Fecha D/M/A: _____	Muestra 1	_____	_____
		Muestra 2	_____	_____
		Muestra 3	_____	_____
CONTACTOS 3	Fecha D/M/A: _____	Muestra 1	_____	_____
		Muestra 2	_____	_____
		Muestra 3	_____	_____
CONTACTOS 4	Fecha D/M/A: _____	Muestra 1	_____	_____
		Muestra 2	_____	_____
		Muestra 3	_____	_____
CONTACTOS 5	Fecha D/M/A: _____	Muestra 1	_____	_____
		Muestra 2	_____	_____
		Muestra 3	_____	_____
CONTACTOS 6	Fecha D/M/A: _____	Muestra 1	_____	_____
		Muestra 2	_____	_____
		Muestra 3	_____	_____
CONTACTOS 7	Fecha D/M/A: _____	Muestra 1	_____	_____
		Muestra 2	_____	_____
		Muestra 3	_____	_____
CONTACTOS 8	Fecha D/M/A: _____	Muestra 1	_____	_____
		Muestra 2	_____	_____
		Muestra 3	_____	_____
CONTACTOS 9	Fecha D/M/A: _____	Muestra 1	_____	_____
		Muestra 2	_____	_____
		Muestra 3	_____	_____

CONTACTOS 10		Muestra 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha D/M/A:	<input type="text"/>	Muestra 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Muestra 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONTACTOS 11		Muestra 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha D/M/A:	<input type="text"/>	Muestra 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Muestra 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONTACTOS 12		Muestra 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha D/M/A:	<input type="text"/>	Muestra 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Muestra 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

72. Observaciones: _____

73. Fecha de Reporte	<input type="text"/>	74. Medico (a) tratante ó responsable:	<input type="text"/>
75. Centro de salud y Telf.:	<input type="text"/>	76. Enfermera (a) que declara el caso:	<input type="text"/>
77. Epidemiólogo (a)	<input type="text"/>	Firma:	<input type="text"/>
		Fecha:	<input type="text"/>

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 ovalo correspondiente la fuente de notificación.
- 9.- Registrar el primer apellido del paciente tal como aparece en la cédula de identidad.
- 10.- Registrar el segundo apellido del paciente tal como aparece en la cédula 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 equis (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 y no poseer cédula de identidad colocar el número de Cédula de Identidad de la madre o representante.
- 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 en el espacio correspondiente la edad de la persona.
- 17.- Marcar en el ovalo correspondiente con una equis (X) el sexo al cual corresponda.
- 18.- Indicar el nombre de la etnia o pueblo indígena a que pertenece la persona.
- 19.- Marcar una equis (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 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 ovalo correspondiente la alternativa que identifique la situación conyugal de la persona 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.
- 24.- Registrar en el espacio correspondiente la latitud de la zona donde se presento el caso.
- 25.- Registrar en el espacio correspondiente la longitud de la zona donde se presento 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 de la persona.
- 29.- Indicar en el espacio correspondiente el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia de la persona.
- 30.- Indicar Urbanización ./Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia de la persona.
- 31.- Indicar Avenida./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 en el espacio correspondiente numero de correo postal y correo electrónico.
- 35.- Escribir en el espacio correspondiente el numero de teléfono fijo donde habita la persona.
- 36.- Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado la persona afectada.
- 37.- Registrar en el espacio correspondiente un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia .
- 38.- Registrar en el espacio correspondiente tiempo de residencia donde habita la persona afectada.
- 39.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre o representante en caso que la persona afectada sea menor de edad.
- 40.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del padre o representante en caso que la persona afectada sea menor de edad.

41.- Registrar en el espacio correspondiente lugar ,parroquia ,municipio y estado donde la persona enfermo.

42.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si se realizo o no visita al lugar donde la persona afectada habita.

43.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si se realizo o no visita al lugar de trabajo de la persona afectada.

44.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si existe o no contacto con casos conocidos o similares.

45.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si la persona afectada ha realizado viajes o no en las ultimas cuatro semanas.

46.- Registrar en el espacio correspondiente en caso de ser afirmativo la respuesta anterior lugar ,parroquia ,municipio y estado.

47.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si existen casos o no en la zona donde habita la persona afectada y en caso si registrar el N° de casos.

48.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la fuente de abastecimiento de agua y en caso de otro especificar.

49.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de inicio de los primeros síntomas según formato D/M/A.

50.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de la primera consulta según formato D/M/A.

51.- Registre en el espacio correspondiente N° de consultas realizadas.

52.- Registrar en el espacio correspondiente si la persona estuvo o no hospitalizada.

53.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de hospitalización según formato D/M/A.

54.- Registrar en el espacio correspondiente el servicio donde estuvo la persona hospitalizada.

55.- Registrar en el espacio correspondiente el N° de historia de la persona afectada.

56.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de denuncia o notificación según formato D/M/A y N° de semana epidemiológica.

57.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si la persona afectada recibió o no tratamiento previo de antibiótico y en caso afirmativo especificar.

58.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si la persona afectada recibió otros medicamentos como tratamiento previo y en caso afirmativo especificar.

59.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de síntomas clínicos de la enfermedad y en caso de otros especificar.

60.- Registrar en el espacio correspondiente el tratamiento prescripto por el medico tratante.

61.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si la persona egreso por mejoría o muerte.

62.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si se realizo o no la autopsia.

63.- Registrar en el espacio correspondiente el N° de certificado de defunción asignado.

64.- Registrar en el espacio correspondiente el resultado arrojado por la autopsia.

65.- Registrar en el espacio correspondiente si se realizo o no aislamiento de la muestra en el laboratorio.

66.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de aislamiento de la muestra en el laboratorio según formato D/M/A.

67.- Registrar en el espacio correspondiente el material donde fue aislado la muestra en el laboratorio.

68.- Registrar en el espacio correspondiente la identificación propuesta en el laboratorio.

69.- Registrar en el espacio correspondiente la identificación final arrojada por el laboratorio.

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 la persona afectada estuvo o no de reposo , en caso de si registrar el N° de días.

72.- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si la persona afectada presento o no secuelas.

73.- Registrar en el espacio correspondiente en caso de ser afirmativa la pregunta anterior las secuelas presentadas.

74.- Registrar en el espacio correspondiente en relación a la ficha de seguimiento estado de portador, la fecha de en que se realiza el contacto (D/M/A), fechas de toma de muestras (D/M/A) y registrar en el espacio correspondiente los resultados de los coprocultivos tomadas de los posibles portadores.

75.- Registrar en observación punto de interés relacionados con la fiebre tifoidea.

76.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de reporte del caso según formato (D/M/A).

77.- Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del medico/a tratante.

78.- Registrar en el espacio correspondiente el centro de salud y teléfono.

79.- Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido de la enfermera /o que declara el caso.

80.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del epidemiólogo/a regional firma y fecha.