



| | |
|---|---|
| SIENO SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO SOSPECHOSO — ETA 1 | ENFERMEDAD: TRANSMITIDA POR ALIMENTO DEFINICIÓN DE CASO: ASOCIADOS A BROTES DE ETA: REPRESENTA EL CONGLOMERADO DE CASOS INDIVIDUALES QUE PRESENTAN UNA SINTOMATOLOGÍA COMÚN (PRINCIPALMENTE DIGESTIVA O SISTÉMICA) TRAS LA INGESTA DE UN VEHÍCULO ALIMENTARIO O HÍDRICO COMPARTIDO. PARA FINES DE VIGILANCIA, EL REGISTRO INCLUYE AL TOTAL DE PERSONAS AFECTADAS EN EVENTOS DETECTADOS, NOTIFICADOS E INTERVENIDOS DURANTE LA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA CORRESPONDIENTE. |
|---|---|

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|
| 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"/> Privado <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Búsqueda Activa <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 <input type="radio"/> V <input type="radio"/> E | | 14. Nacionalidad: | | 15. Fecha de Nacimiento | | 16. Edad: | |
| 18. Etnia | | 19. Nivel Educativo: | | 20. Años Aprobados: | | 21. Situación Conyugal: | |
| 22. Profesión: | | 23. Ocupación: | | 24. Latitud | | 25. Longitud | |
| Dirección de Habitación (Residencia) | | 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. Teléfono de Habitación (fijo): | | 34. Código Postal: | | 35. Piso/Planta/Local: | | 36. Teléfono Celular (móvil): | |
| 37. Punto de Referencia: | | 38. Tiempo de Residencia: | | 39. Correo Electrónico: | | 40. Nombre de la Madre: | |
| 41. Nombre del Padre: | | 42. Lugar donde la persona enfermó: | | 43. Fecha de Elaboración (D / M / A) _____ | | 44. Fecha de Notificación (D/M/A): _____ | |
| 45. Fecha de Atención Medica: (D/M/A): _____ | | 46. Fecha de Alta Clínica (D/M / A) _____ | | 47. Fecha de Alta Epidemiológica (D / M / A) _____ | | 48. Fecha de Defunción (D / M / A) _____ | |
| 49. Fecha de inicio de los Primeros Síntomas: (D/ M/ A) _____ Hora ____ AM ____ PM | | 50. Recibió Atención Medica : SI ____ NO ____ | | 51. Recibió Antibiótico: | | 52. Cuales: _____ | |

Antecedentes Epidemiológicos

42. Lugar donde la persona enfermó:

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

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
| 43. Fecha de Elaboración (D / M / A) _____ | | 44. Fecha de Notificación (D/M/A): _____ | | 45. Fecha de Atención Medica: (D/M/A): _____ | | 46. Fecha de Alta Clínica (D/M / A) _____ | |
| 47. Fecha de Alta Epidemiológica (D / M / A) _____ | | 48. Fecha de Defunción (D / M / A) _____ | | 49. Fecha de inicio de los Primeros Síntomas: (D/ M/ A) _____ Hora ____ AM ____ PM | | 50. Recibió Atención Medica : SI ____ NO ____ | |
| 51. Recibió Antibiótico: | | 52. Cuales: _____ | | 53. Síntomas Predominantes | | 54. Otros: _____ | |

53. Síntomas Predominantes

| Datos Clínicos | Si | No |
|----------------|----|----|
| Nauseas | | |
| Vómitos | | |
| Diarrea | | |
| Cólicos | | |
| Fiebre | | |
| Ardor | | |
| Eritema | | |
| Cefalea | | |
| Prurito | | |
| Hormigueo | | |
| Sialorreas | | |
| Otros | | |
| Cuales: | | |

54 Alimentos Ingeridos

| Día de Ingestión | Alimento Ingerido | Hora Ingestión | Lugar y Dirección donde se Consumieron |
|---|-------------------|----------------|--|
| Día de inicio de los Síntomas | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Día anterior al inicio de Síntomas | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Dos días antes del inicio de los Síntomas | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

55. Laboratorio :Muestras Clínicas y de Alimentos Tomadas y Enviadas

| Muestras | Fecha (D/M/A) | | Lugar de Envío | Resultado | | Fecha (D/M/A) |
|-----------|---------------|-------|----------------|-----------|--|---------------|
| | Toma | Envío | | | | |
| Heces | | | | | | |
| Vómitos | | | | | | |
| Sangre | | | | | | |
| Alimentos | | | | | | |

56.Observaciones

57. Fecha de reporte 58. Medico (a) Tratante ó Responsable:

59. Centro de salud y Telf.: 60. Enfermera (o) que declara el caso:

61. Nombre y Apellido del Epidemiólogo/a Regional : 62. 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 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 óvalo 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 "X" en el óvalo 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.
- 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 "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 óvalo 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 "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 que desempeña el usuario.
- 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 el número del código postal.
- 35.- Indicar el número de teléfono de habitación fijo donde pueda ser ubicado la persona.
- 36.-Indicar el número de teléfono móvil donde pueda ser ubicado la persona.
- 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 en la localidad.
- 39.-Registrar en el espacio correspondiente el correo electrónico de la persona afectada.
- 40.-Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre o representante en caso de que la persona sea menor de edad.

- 41.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del padre o representante en caso de que la persona sea menor de edad.
- 42.- Registrar en el espacio correspondiente localidad , parroquia , municipio y estado donde probablemente la persona enfermo.
- 43.- Registrar en el espacio correspondiente fecha de elaboración según formato (D/M/A).
- 44.- Registrar en el espacio correspondiente fecha de Notificación según formato y N° de Semana Epidemiológica .
- 45.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de Atención Médica según formato (D/M/A).
- 46.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha Alta Clínica según formato (D/M/A).
- 47.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de Alta Epidemiológica según formato.
- 48.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de Defunción según formato.
- 49.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de inicio de los primeros síntomas según formato (D/M/A) y la hora de inicio de los síntomas y marcar con una "X" en AM o PM.
- 50.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona recibió o no atención médica.
- 51.- Marcar con una "X" espacio correspondiente si la persona recibió o no antibiótico.
- 52.- Registrar en el espacio correspondiente los nombres de los antibióticos administrados a la persona afectada.
- 53.- Marcar con una "X" en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de síntomas predominantes y en caso de otro especificar.
- 54.- Registrar en el espacio correspondiente el alimento ingerido, la hora de la ingestión así como el lugar y dirección donde se consumió.
- 55.- Registrar en el espacio correspondiente a cada una de las muestras clínicas y de alimentos tomadas: las fechas de toma y envío (en el formato dd/mm/aa), su lugar de procedencia, el resultado de laboratorio y la fecha de expedición del mismo (en el formato D/M/A).
- 56.- Registrar en observación punto de interés relacionados con investigación de casos transmitidas por alimentos.
- 57.- Registrar en el espacio correspondiente la fecha de reporte según formato (D/M/A).
- 58- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del médico /a tratante o responsable.
- 59.- Registrar en el espacio correspondiente centro de trabajo y teléfono.
- 60- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la enfermera que declara el caso.
- 61- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del epidemiólogo (a) regional.
- 62.- Registrar en el espacio correspondiente la firma y fecha según formatos (D/M/A).