



**SIENO  
SISTEMA DE INFORMACION DE  
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION  
OBLIGATORIA  
FICHA DE INVESTIGACION DE  
RESPIRATORIA AGUDA**

**ENFERMEDAD: RESPIRATORIA AGUDA**

**DEFINICIÓN DE CASO: TODA PERSONA QUE DESARROLLE SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS AGUDOS (TOS, RINORREA, ODINOFAGIA O DIFICULTAD RESPIRATORIA), ACOMPAÑADOS O NO DE FIEBRE, CUYA CLÍNICA SEA COMPATIBLE CON LAS ENTIDADES DIAGNÓSTICAS DE LA CIE-11 DETALLADAS A CONTINUACIÓN: IRA de Vías Superiores CA07 y IRA de Vías Inferiores CA4Z.**

1. Numero del Caso:		2. Fecha de elaboración:		3. Establecimiento:		4. Parroquia:																																											
5. Municipio:		6. Estado:		7. Código Postal:		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 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>V</td><td>O</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>E</td><td>O</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		V	O																			E	O																			14. Nacionalidad:		15. Fecha de Nacimiento:		16. Edad:		17. Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
V	O																																																
E	O																																																
18. Indígena SI ___ NO ___ Grupo étnico ___		19. Nivel Educativo:		20. Años Aprobados:		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"/>																																									
22. Profesión:		23. Ocupación:		24. Sitio de trabajo:		25. Latitud _____ 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 y /o Representante:				38. Nombre del Padre y/ o Representante:																																													

**Antecedentes Epidemiológicos:**

39. Condición de sospecha en: Consultante NO ___ SI ___ Investigación de Brote NO ___ SI ___ Contacto NO ___ SI ___	
40. Lugar probable de exposición / Infección :: Estado: _____	
Municipio: _____ Parroquia: _____ Sector: _____	
41. Fecha Probable de Exposición D/M/A : _____ 42. Tiempo de Exposición: _____	
43 Fecha de Inicio de Síntomas D/M/A : _____ 44. Fecha de Atención Médica (D/M/A) : _____	
45. Fecha de Notificación D/M/A : _____ N° Semana Epidemiológica: _____ 46. Fecha de Investigación D/M/A : _____	
47. En caso de viaje por Vía Aérea. Procedencia: _____	
48. Fecha de Arribo D/M/A : _____ Lugar (aeropuerto): _____	

49 .Factores de Riesgo	Marque (X)	Donde	Factores de Riesgo	Marque (X)
Contacto con Animales (Aves, Porcinos, Equinos)			Habito Tabaquico	
Ha estado en contacto con Gallineros, Cochineras, Haras			Antecedentes de Asma	
Viajes en los últimos 10 días:			Antecedentes de EBPOC _____	
Ha estado en cuevas con excrementos de Aves o Murciélagos			Antecedentes de Cardiopatías / HTA	
Ha estado en Sótanos y/o Sitios en construcción, con excrementos de Aves o Murciélagos			Antecedentes de Diabetes	
Contacto con fluidos/ Tejidos Humanos			Antecedentes de Nefropatía	
Familiares o vecinos con síntomas parecidos en los últimos días			Infección VIH/SIDA	
Otros: No ___ Si ___ Especifique: _____				

50. Contacto de familiares o Vecinos con síntomas parecidos en los últimos 10 días      51.. Antecedentes de Vacunación

N°	Nombre y Apellidos	Vacunas	N° DE DOSIS	Fecha de la ultima dosis (D/M/A)
1		Antiinfluenza:		
2		Antisarampión:		
3		Trivalente Viral:		
4		DPT:		
5		Antihaemophilus Influenzae B:		
6		Pentavalente		
7		Antimeningococo		
8		Neumococcica		
9		Heptavalente		
10		Vacuna 23 Valente		

52. Nº de personas del grupo familiar: \_\_\_\_\_ 53. Nº de habitaciones para dormir: \_\_\_\_\_ 54. Hacinamiento Familiar NO \_\_\_ SI \_\_\_ 55. Visitas de Familiares al Hogar durante de últimos 10 días NO \_\_\_ SI \_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ 56. Contacto con caso similar: NO \_\_\_ SI \_\_\_ Donde: \_\_\_\_\_ 57. Identificar Contacto: NO \_\_\_ SI \_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_ 58. En los contactos Identificados existen Trabajadores de la Salud NO \_\_\_ SI \_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Lugar/es de Trabajo: \_\_\_\_\_ 59. Población Cautiva: NO \_\_\_ SI \_\_\_ Tipos: \_\_\_\_\_ 60. Contacto con Caso Similares: NO \_\_\_ SI \_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

61. Uso de Antibióticos dentro de la última semana: NO \_\_\_ SI \_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_ SI es SI ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 62. Vía de Administración: Oral \_\_\_ Parenteral \_\_\_ 63. Fecha de Primera Dosis: D/M/A \_\_\_\_\_ Fecha Última Dosis: D/M/A \_\_\_\_\_ 64. Hospitalizado NO \_\_\_ SI \_\_\_ 65. Fecha de Ingreso: D/M/A \_\_\_\_\_ 66. Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ 67. Nº de Historia: \_\_\_\_\_ 68. Fecha de Egreso D/M/A \_\_\_\_\_

**DATOS CLINICOS :**

69. Signos y Síntomas	SI	Fecha D/M/A _____	Signos y Síntomas	SI	Fecha D/M/A _____
Fiebre			Taquipnea		
Escalofrío			Disnea/Tiraje		
Cefaleas			Cianosis		
Mialgias			Auscultación		
Artralgias			Roncus		
Adenopatías			Sibilantes		
Congestión Nasal			Crepitantes		
Rinorrea			Malestar General		
Estornudo			Fatiga		
Garganta: Ardor			Astenia		
Garganta: Dolor			Prostración		
Odinofagia			Conjuntivitis		
Estridor			Nauseas ó Vómitos		
Disfonía			Diarreas		
Tos Perruna			Eritemas		
Tos Productiva			Otros:		
Dolor Torácico			Cuales: _____		

**70 . Exámenes de laboratorio:**

Tipo de Examen	Fechas de toma Muestra D/M/A	Resultados y fecha D/M/A	Tipo de Examen	Fechas toma Muestra D/M/A	Resultados fecha D/M/A
H.B			T.G.O.		
H.T.O.			T.G.P		
C.T.A Blanca			Proteinas C Reactiva		
Segmentados			Punción Toraxica		
Linfocitos			Rayo X Torax		
Eosinofitos			Condensación		
Monocitos			Derrame Pleural		
Glicemia			Broncograma aéreo		
Urea			Infiltrado Intersticial		
Creatinina			Infiltrado Alveolar		
			Otros _____		

71 . Dx Probable	Marque (X)	73. Manejo y Condición	Marque (X)
Enfermedad Tipo Influenza (ETI) (J10-J11)		Hospitalización	
Neumonía (J12-J18)		Ambulatorio	
Rinofaringitis Aguda (J00)		Búsqueda Activa	
Sinusitis Aguda (J01)		Servicio de emergencia	
Faringitis Aguda (J02)		Unidad de cuidados intensivos	
Amigdalitis Aguda (J03)		<b>74. Motivo de Alta Médica</b>	<b>Marque (X)</b>
Laringitis y Traqueitis Aguda (J04)		Mejoría	
Laringitis Obstructiva y Epiglottitis (J05)		Traslado	
Infecciones Agudas de la Vías Respiratorias Superiores, de Sitios Múltiples O No Especificados (J06)		Contra opinión	
Bronquitis Aguda (J20)		Contra opinión	
Bronquiolitis Aguda (J21)		Fuga	
Infección Aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores (J22)		Muerte	
Síndrome Coqueluchoide/ Tos ferina		75.Observaciones: _____ _____ _____ _____	
Síndrome Viral			
Malaria			
Histoplasmosis			
Neumonitis Química			
Otros: _____			Especifique: _____
72. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) _____ Especifique Tipo de Diagnóstico Probable: _____			

**Exámenes solicitados para Diagnóstico Etiológico**

73. Tipo de Examen:	Realizada	Fecha de Toma de Muestra D/M/A	Fecha de Recepción D/M/A	Resultado	Fecha de Resultados D/M/A
Hisopado Nasal					
Hisopado Faringeo					
Hisopado Nasofaringeo					
Espujo					
Aspirado Traqueal/ Bronquial					
Cepillado Bronquial					
Tejido Biopsia/Autop					
Órganos (Pulmón)					
Sangre					
Erotis. Sang. Perif/Tejido					
Líquido Pleural					

74. Tipo de Prueba	Realizada	Fecha de toma Muestra D/M/A	Fecha de recepción D/M/A	Resultados	Fecha de Resultados D/M/A
ELISA					
Inmunofluorescencia					
Aislamiento Viral					
Tipificación					
Cultivo					
Antibiograma					
PCR					
Gram					
Serología para hongos					
Histoplasmina (P.Cutanea)					
Pruebas Toxicológicas					
Otras (Especifique):					

**Definitivo:**

75. Clasificación final del caso: Confirmado \_\_\_\_\_ Probable \_\_\_\_\_ Sospechoso \_\_\_\_\_ Descartado \_\_\_\_\_ Inadecuadamente Investigado \_\_\_\_\_

76. Nombre y Apellido del Médico tratante: \_\_\_\_\_ Función \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

77. Nombre y apellido del responsable de la notificación: \_\_\_\_\_

78. Fecha de Declaración del caso:	79. Enfermera /o que declara el caso:	80. Establecimiento de Salud y teléfono:
------------------------------------	---------------------------------------	--

81. Nombre y apellido Epidemiólogo/a Regional: \_\_\_\_\_ Firma y 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. Rellenar el óvalo correspondiente a la fuente de notificación.
9. Registrar el primer apellido de la persona afectada tal como aparece en la cédula de identidad.
10. Registrar el segundo apellido de la persona afectada tal como aparece en la cédula de identidad.
11. Registrar el primer nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Registrar el segundo nombre de la persona afectada 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 afectada.
16. Registrar en el espacio correspondiente la edad de la persona afectada.
17. Marcar en el óvalo correspondiente con una "X" el sexo al cual corresponda la persona afectada.
18. Indicar el nombre de la etnia o pueblo indígena a que pertenece la persona afectada .
19. Marcar una "X" en el óvalo correspondiente al nivel educativo en el cual se encuentra la persona; afectada 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 por la persona afectada.
21. Marcar con una "X" en el óvalo correspondiente la alternativa que identifique la situación conyugal de la persona afectada 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 afectada.
24. Registrar en el espacio correspondiente el sitio de trabajo donde labora la persona afectada.
25. Registrar en el espacio correspondiente la latitud y longitud de la zona donde se presentó el caso.
26. Escribir en el espacio correspondiente el nombre de la entidad de residencia de la persona afectada.
27. Escribir en el espacio correspondiente el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
28. Registrar el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada.
29. Indicar en el espacio correspondiente el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
30. Indicar Urbanización ./Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
31. Indicar Avenida ./Carrera/Calle/Esquina/Vereda en que se encuentra la residencia de la persona Afectada.
32. Indicar Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
33. Escribir el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona Afectada.
34. Escribir en el espacio correspondiente el número de teléfono fijo donde habita la persona afectada .
35. Registrar en el espacio correspondiente el numero de teléfono celular de la persona afectada.
36. Registrar en el espacio correspondiente punto de referencia cercano a la residencia de la persona afectada.
37. Registrar en el espacio correspondiente el nombre de la Madre y /o representante, en caso que la persona afectada sea menor de edad.
38. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del Padre y / o representante , en caso que la persona afectada sea menor de edad.
39. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente la condición de sospecha.
40. Registrar en el espacio correspondiente el estado , municipio , parroquia y sector respecto al lugar probable de exposición o infección.

41. Escribir en el espacio correspondiente la fecha probable de exposición según formato (D/M/A).
42. Escribir en el espacio correspondiente tiempo de exposición .
43. Escribir en el espacio correspondiente la fecha de inicio de síntomas según formato (D/M/A).
44. Escribir en el espacio correspondiente la fecha de atención medica según formato (D/M/A).
45. Escribir en el espacio correspondiente la fecha de notificación según formato (D/M/A) y N° de Semana Epidemiológica.
46. Escribir en el espacio correspondiente la fecha de investigación según formato (D/M/A).
47. Registrar en el espacio correspondiente la procedencia en caso que halla realizado viaje por vía aérea.
48. Escribir en el espacio correspondiente la fecha de arribo según formato (D/M/A) , así como el estado y país donde esta ubicado el aeropuerto donde la persona afectada arribo.
49. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de factores de riesgo y registrar donde están ubicados los mencionados riesgo y en caso de otro especificar.
50. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido en relación a contactos de familiares o vecinos con síntomas parecidos en los últimos 10 días.
51. Escribir en el espacio correspondiente la fecha de la primera dosis y fecha de la ultima dosis según formato (D/M/A).
52. Registrar en el espacio correspondiente el N° de personas del grupo familiar.
53. Registrar en el espacio correspondiente el N° de habitaciones para dormir del grupo familiar.
54. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si ha existido o no hacinamiento familiar.
55. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si existe o no antecedentes de visitas de familiares al hogar durante los últimos 10 días; en caso de antecedente de viaje registrar N°.
56. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si ha tenido contacto con casos similares y en caso de si registrar donde
57. Marcar con una ("X") en el espacio correspondiente si se han identificado contactos o no y caso de si registrar donde.
58. Marcar con una ("X") en el espacio correspondiente si el contacto es o no trabajador de la salud y en caso de ser afirmativo registrar N° y lugar /es de trabajo.
59. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si la persona afectada corresponde o no a una población cautiva y en caso de ser afirmativo registrar el tipo de población cautiva ( escuela, guardería ,guarnición ,cárceles ,fabrica ) etc.
60. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si existe o no contacto con casos similares y en caso de si registrar el N°.
61. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente el uso de antibiótico dentro de la ultima semana ,y en caso de si registrar los nombres de los antibióticos usados.
62. Marcar con una ("X") en el espacio correspondiente la vía de administración.
63. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de la primera dosis y de la ultima dosis según formato (D/M/A).
64. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si la persona afectada fue hospitalizada.

65. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de ingreso según formato (D/M/A).
66. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del hospital u otro establecimiento de salud donde la persona afectada fue hospitalizada.
67. Registrar en el espacio correspondiente el numero de historia
68. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de egreso de la persona afectada.
69. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente signos y síntomas presentados, así como registrar la fecha de aparición según formato (D/M/A).
70. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de toma de muestra según formato (D/M/A), resultados y fecha de resultados según formatos (D/M/A).
71. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente el diagnostico probable y en caso de otro especificar.
72. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente, si es una infección respiratoria aguda. Especifique el tipo de diagnóstico probable.
73. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente el tipo de examen realizado, registrar la fecha de toma de muestra según formato (D/M/A) , fecha de recepción según formato (D/M/A) resultado y fecha de resultado según formato (D/M/A).
74. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente el tipo de prueba realizada , registrar la fecha de toma de muestra según formato (D/M/A) , fecha de recepción según formato (D/M/A) resultado y fecha de resultado según formato (D/M/A) y en caso de otro registrar.
75. Marcar con una ("X") en el espacio correspondiente la clasificación final del caso.
76. Registrar en el espacio correspondiente Nombre y Apellido del medico tratante, función ,teléfono e-mail, telefax.
77. Registrar en el espacio correspondiente el Nombre y Apellido del responsable de la Notificación.
78. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de declaración del caso según formato (D/M/A).
79. Registrar en el espacio correspondiente el Nombre y Apellido de la Enfermera que declara el caso.
80. Registrar en el espacio correspondiente nombre del establecimiento de salud y teléfono.
81. Registrar en el espacio correspondiente Nombre y Apellido del Epidemiólogo /a Regional, firma y fecha.