

**SIVE - ALERTA**  
**EPI 1 - Individual**

**SEMANA**  
**EPIDEMIOLÓGICA** \_\_\_\_

<b>I. Datos Notificación</b>	1. Institución	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MSP</td><td>IESS</td><td>FFAA</td><td>POLI</td><td>JBG</td><td>MEC</td><td>DRS</td><td>PRIV</td><td>ONG</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	DRS	PRIV	ONG										2. Nombre Unidad que notifica: _____			
	MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	DRS	PRIV	ONG																						
	3. Ubicación Unidad	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Provincia</span> <span>Cantón</span> <span>Parroquia</span> </div>																													
4. Fecha de atención	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>día</span> <span>mes</span> <span>año</span> </div>				5. Nombre de quien notifica _____																										
<b>II. Datos del paciente</b>	6. Nombre	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>Primer Apellido</span> <span>Segundo apellido</span> <span>Primer nombre</span> <span>Segundo nombre</span> </div>				7. No. de documento de identificación				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					
	8. Número de Expediente / Historia clínica	_____				9. Nacionalidad				_____																					
	10. Sexo	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: x-small;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: x-small;"> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>Hombre</span> <span>Mujer</span> </div>				11. Fecha de nacimiento:				12. Edad en:																					
					<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>día</span> <span>mes</span> <span>año</span> </div>				<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>Años</span> <span>Meses</span> <span>Días</span> </div>																						
13. Lugar residencia:	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Provincia</span> <span>Cantón</span> <span>Parroquia</span> </div>																														
14. Dirección exacta	_____								Telf: _____																						
15. Lugar probable de infección: _____																															
<b>III. Datos Clínicos</b>	16. Fecha de inicio de síntomas	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>día</span> <span>mes</span> <span>año</span> </div>				17. Diagnóstico inicial:				_____																					
					Sindrómico o enfermedad																										
<b>IV. Muestras para laboratorio</b>	18. Embarazada :	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				19. Semanas de Gestación:				_____																					
	20. Muestra de laboratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																													
	22. Nombre y ubicación del laboratorio	_____																													
<b>V. Laboratorio</b>	23. Tipo de muestra					Fecha recepción		Muestra adecuada		Fecha de procesamiento		Fecha entrega Resultado																			
						día	mes	año	si	no	día	mes	año	día	mes	año															
	1.																														
	2.																														
<b>VI. Investigación de caso</b>	24. Resultado	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/>				25. Resultado (agente)				<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>																					
	Observaciones:	_____																													
<b>VII. Evolución caso</b>	26. Se realizó investigación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				28. Nº Contactos sintomáticos				<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>																					
	27. Fecha de investigación	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>día</span> <span>mes</span> <span>año</span> </div>																													
<b>VIII. Cierre caso</b>	29. Evolución del caso	Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/>				30. Condición final del caso				Vivo <input type="checkbox"/> Con Discapacidad <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>																					
	31. Fecha de fallecimiento									<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>día</span> <span>mes</span> <span>año</span> </div>																					
<b>VIII. Cierre caso</b>	32. Clasificación final caso:	Confirmado <input type="checkbox"/>				Descartado <input type="checkbox"/>				No concluyente <input type="checkbox"/>																					
	33. Confirmado por	Laboratorio <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Nexa epid. <input type="checkbox"/>				34. Diagnóstico final				_____																					
	35. Fecha cierre caso	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>día</span> <span>mes</span> <span>año</span> </div>				36. Nombre responsable epid.:				_____																					

OBSERVACIONES:

- 1 Formulario con 3 copias una original y dos copias quimicas con la siguiente distribución  
Original para seguimiento de Epidemiólogo  
Copia 1 funciona como pedido de laboratorio  
Copia 2 Historia clínica
2. a En el aplicativo informático estos datos son generados automáticamente por el sistema, al momento del ingreso de datos.

# EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL

Grupo	Evento	Código	Diagnóstico	Ficha de investigación
		CIE 10		
Síndromes	Diarreico agudo con deshidratación grave u otras complicaciones	U.50	Clínico	Si
	Febril sin foco evidente con signos de alarma	U.52	Clínico	Si
	Febril eruptivo no vesicular (exantemático)	R.21	Clínico	Si
	Febril Ictérico Agudo	U.51	Clínico	Si
	Febril Ictero Hemorrágico Agudo	U.53	Clínico	Si
	Meníngeo Encefálico	G04.9	Clínico	Si
	Parálisis flácida aguda	U.54	Clínico	Si
Inmunoprevenibles	Difteria	A36	Laboratorio	Si
	ESAVI	Y58-Y59	Laboratorio - Clínico	Si
	Meningitis Meningocócica	A39.0+	Laboratorio	Si
	Poliomielitis Aguda	A80	Laboratorio	Si
	Rubeola	B06	Laboratorio	Si
	Sarampión	B05	Laboratorio	Si
	Tétanos Neonatal	A33	Clínico	Si
	Tosferina	A37	Laboratorio	Si
Zoonóticas	Brucelosis	A23	Laboratorio	Si
	Fiebre de Lassa	A96.2	Laboratorio	Si
	Hantavirus	A98.5	Laboratorio	Si
	Leptospirosis	A27	Laboratorio	Si
	Meningitis Eosinofílica	B83.2	Laboratorio	Si
	Peste	A20	Laboratorio	Si
	Contactos con exposición de Rabia	A82	Laboratorio	Si
	Rabia Humana Urbana	A82	Laboratorio	Si
	Rabia Humana Silvestre	A82	Laboratorio	Si
Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)	Chagas Agudo	B57	Laboratorio	Si
	Chagas crónico	B57	Laboratorio	Si
	Fiebre Amarilla	A95	Laboratorio	Si
	Dengue con signos de alarma	A90	Laboratorio	Si
	Dengue grave	A91	Laboratorio	Si
	Paludismo (Malaria no complicada)	B50-B54	Laboratorio	Si
	Paludismo (Malaria Complicada)	B50-B54	Laboratorio	Si
Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua (ETAS)	Cólera	A00	Laboratorio	Si
Evento inusitado	Evento inusitado		Laboratorio	Si
Otras	Efecto tóxico de diversas sustancias ingeridas o por contacto	T60 – T65	Laboratorio	Si
	Hepatitis C	B17.1	Laboratorio	Si