

SIVE - ALERTA
EPI 1 - Individual

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

I. Datos Notificación	1. Institución	<table border="1"> <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	Provincia _____ Cantón _____ Parroquia _____																																																																	
II. Datos del paciente	4. Fecha de atención	día _____ mes _____ año _____	5. Nombre de quien notifica	_____																																																														
	6. Nombre	Primer Apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____	7. No. de documento de identificación	<table border="1"> <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	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	11. Fecha de nacimiento:	día _____ mes _____ año _____	12. Edad en:	Años _____ Meses _____ Días _____																																																													
III. Datos Clínicos	13. Lugar residencia:	Provincia _____ Cantón _____ Parroquia _____																																																																
	14. Dirección exacta	Barrio, localidad _____ Telf: _____																																																																
	15. Lugar probable de infección:	_____																																																																
IV. Muestras para laboratorio	16. Fecha de inicio de síntomas	día _____ mes _____ año _____	17. Diagnóstico inicial:	_____																																																														
	18. Embarazada :	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	19. Semanas de Gestación:	_____																																																														
V. Laboratorio	20. Muestra de laboratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">21. Tipo de muestra</th> <th colspan="3">Fecha toma</th> </tr> <tr> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		21. Tipo de muestra	Fecha toma			día	mes	año	1.				2.				3.																																														
	21. Tipo de muestra	Fecha toma																																																																
		día	mes	año																																																														
1.																																																																		
2.																																																																		
3.																																																																		
22. Nombre y ubicación del laboratorio	_____																																																																	
VI. Laboratorio	23. Tipo de muestra	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Fecha recepción</th> <th colspan="2">Muestra adecuada</th> <th colspan="3">Fecha de procesamiento</th> <th colspan="3">Fecha entrega Resultado</th> </tr> <tr> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> <th>si</th> <th>no</th> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</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>2.</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>3.</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> </tbody> </table>				Fecha recepción			Muestra adecuada		Fecha de procesamiento			Fecha entrega Resultado			día	mes	año	si	no	día	mes	año	día	mes	año	1.													2.													3.												
		Fecha recepción				Muestra adecuada		Fecha de procesamiento			Fecha entrega Resultado																																																							
		día	mes	año	si	no	día	mes	año	día	mes	año																																																						
1.																																																																		
2.																																																																		
3.																																																																		
24. Resultado	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/>	25. Resultado (agente)		1. _____ 2. _____																																																														
Observaciones: _____																																																																		
VII. Investigación de caso	26. Se realizó investigación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	28. N° Contactos sintomáticos		_____																																																													
	27. Fecha de investigación	día _____ mes _____ año _____	30. Condición final del caso			<table border="1"> <tr><td>Vivo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Con Discapacidad</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Muerto</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Vivo	<input type="checkbox"/>	Con Discapacidad	<input type="checkbox"/>	Muerto	<input type="checkbox"/>																																																						
Vivo	<input type="checkbox"/>																																																																	
Con Discapacidad	<input type="checkbox"/>																																																																	
Muerto	<input type="checkbox"/>																																																																	
VIII. Evolución caso	29. Evolución del caso	Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/>	31. Fecha de fallecimiento			día _____ mes _____ año _____																																																												
	VIII. Cierre caso	32. Clasificación final caso:	Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/>	34. Diagnóstico final			_____																																																											
33. Confirmado por		Laboratorio <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Nexo epid. <input type="checkbox"/>	35. Fecha cierre caso			día _____ mes _____ año _____																																																												
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 clinica
 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