

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

ASPECTOS LEGALES: Este formulario tiene el carácter de declaración jurada que realiza el equipo del establecimiento de salud, contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, por esta razón debe ser **CERTIFICADA** por el Médico Director del Establecimiento.

ASPECTOS GENERALES: Para el llenado debe tomarse en cuenta lo siguiente:

- Se debe utilizar 1 formulario por semana. **La semana epidemiológica empieza el domingo a las 0:00 Hrs. y termina el sábado siguiente a las 24.00 Hrs.** Esta información consolidada semanal debe ser notificada a la cabecera de municipio, red y este al SEDES este último debe enviar a nivel Nacional cada martes a hrs 12:00 medio día.
- Completar datos relacionados al establecimiento y la fecha. La categoría *Subsector*, son: A. Público; B. Seguridad social; C. ONGs; D. Iglesias; E. Privado; F. Fuerzas Armadas.
- El bloque: **REGISTRO DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA**, es una alerta al personal para el inicio de acciones de control y notificación en base al Reglamento Sanitario Internacional.
 - Todo caso de sospecha clínica epidemiológica **debe ser registrado en la historia clínica y cuaderno de consulta.**
 - Inmediatamente se debe realizar la notificación al nivel superior (**Coordinación de Red**). Todos los establecimientos deben llenar el **FORMULARIO DE VIGILANCIA (REGISTRO DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION INMEDIATA)** y solicitar comunicación **URGENTE** con la Cabecera del Municipio y **Coordinación de Red y el SEDES**, denunciar el caso y solicitar apoyo para realizar la investigación y control del brote, independientemente de las acciones de control local.
 - La notificación **es responsabilidad del auxiliar de enfermería en los Puestos de Salud y del médico en los Centros de Salud**, en los Hospitales de II y III nivel el **médico tratante** debe comunicar de inmediato al **estadístico** del establecimiento, respetando las variables de la ficha de notificación inmediata a la **Coordinación de Red** correspondiente **y/o al SEDES este último a Nivel Nacional.**
 - Los responsables de la atención deben **TOMAR, ENVIAR LA MUESTRA** y llenar la **FICHA EPIDEMIOLOGICA** correspondiente, para la investigación y el análisis conjunto con la **Coordinación de Red o SEDES.**
 - El registro se realiza en la semana epidemiológica correspondiente y **debe incluir todos los casos notificados por vía rápida** (Del establecimiento a la Red, SEDES y este a nivel Nacional).
- El bloque: **REGISTRO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA**, es una alerta al personal de inicio de eventos de desastres naturales y humanos.
- El bloque: **INMUNOPREVENIBLES, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, OTRAS INFECCIONES, ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR VECTORES, TUBERCULOSIS Y LEPROA**, se llena **semanalmente a partir de los cuadernos de sistematización**, se anota el total en la casilla del grupo de edad correspondiente.
- El bloque de enfermedades no infecciosas, **VIOLENCIA, HECHOS DE TRANSITO Y ACCIDENTES, INTOXICACIONES, SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y MORTALIDAD**, se llena **semanalmente a partir de los cuadernos de sistematización**, se anota el total en la casilla del grupo correspondiente.

LLENADO DEL FORMULARIO:

A. IDENTIFICACIÓN

- Anotar la **semana epidemiológica que está reportando** de acuerdo al calendario epidemiológico que se detalla al final.
- Identificar el SEDES, Red de Salud, Municipio, Establecimiento de Salud, Año y Subsector.

B. REGISTRO DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION INMEDIATA.

Se encuentra un listado de **16** patologías o eventos que deben ser denunciados **INMEDIATAMENTE**. La sospecha diagnóstica se realiza en base a la definición de caso sospechoso establecida por el programa correspondiente. Tal el caso sospechoso de Rabia en humanos: Es toda persona que presenta síntomas de rabia.

C. REGISTRO DE EVENTOS DE NOTIFICACION INMEDIATA.

Se tiene un listado de **6** eventos que deben ser denunciados **INMEDIATAMENTE**. En la columna de No. registrar el número de oportunidades de ocurrencia del evento. En la columna de No. de afectados registrar el número de personas afectadas. N° de fallecidos registrar el número de personas fallecidas. En el caso de Otros de excepción (Sequias, conflictos sociales, biológicos y accidentales de magnitud mayor (por ej. caída de avión, hundimiento de terreno, etc.) se debe registrar el numero

D. BLOQUE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS: INMUNOPREVENIBLES, ITS, OTRAS INFECCIONES, ETV, TUBERCULOSIS Y LEPROA.

Debe ser llenado semanalmente por el médico y/o la enfermera a partir de los cuadernos de sistematización. **SOLO DEBEN ANOTARSE LOS CASOS NUEVOS, NO LAS RECONSULTAS.**

INMUNOPREVENIBLES: Se debe registrar el total de casos semanalmente el tétanos neonatal, tétanos del adulto, hepatitis A, B y C, parotiditis y varicela según el grupo etario, de acuerdo a la definición de caso sospechoso establecida por el Programa. **SOLO ANOTAR LOS CASOS NUEVOS, NO LAS RECONSULTAS.**

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: 28. Se debe anotar el total semanal de los casos de mujeres y hombres con **úlceras genitales**. 29. Anote el número de Recién Nacidos (con RPR o VDRL) positivos para Sífilis. 30. Anote el número de mujeres embarazadas con diagnóstico de Sífilis. 31. Anote el número de mujeres y hombres con **flujo uretral o vaginal**. 32. Anote el número de casos de **Gonorrea**. 33. Anote el número de casos con **Verrugas Genitales**. 34. Anote el número de Pruebas Rápidas de **VIH Reactivas** en mujeres embarazadas y 35. Anote el número de Pruebas Rápidas de **VIH Reactivas** en población en general (casos probables de VIH)

NOTA: * La Prueba Rápida de VIH, se puede aplicar solamente a partir de los 18 meses. **SOLO ANOTAR LOS CASOS NUEVOS, NO LAS RECONSULTAS.**

OTRAS INFECCIONES: Se debe anotar el total semanal de los casos de Enfermedad Diarreica Aguda, IRA sin Neumonía, Neumonía, Número de personas expuestas al virus rábico: a) Post Exposición: Persona que entra en contacto directo con un CASO PROBABLE (animal que no presenta síntomas de rabia pero muere), CASO SOSPECHOSO (animal con síntomas de rabia) b) Pre Exposición: Personas que por riesgo profesional pueden entrar en contacto con el virus rábico; Veterinarios, Personal de Laboratorio, etc. **SOLO ANOTAR LOS CASOS NUEVOS, NO LAS RECONSULTAS.** Se debe registrar el Número de personas con mordedura de serpientes y picadura de animales ponzoñosos, Leishmaniasis registro de casos sospechosos nuevos y Chagas persona de cualquier edad y sexo con fiebre prolongada, edema, malestar general, adenomegalias, hepato esplenomegalia, con o sin antecedente de transmisión vectorial de T. cruzi.

TUBERCULOSIS Y LEPROA: Anote los casos sospechosos de *tuberculosis meningea*, casos de tuberculosis que presentaron Reacción Adversa a Fármacos Antituberculosos (RAFA), y RAFA grave según grupo etáreo y sexo. Lepra: caso confirmado de lepra: diagnosticado clínica y/o laboratorial, que presente lesiones cutáneas tipo pigmentadas o rojizas, con pérdida bien definida de la sensibilidad. Lesiones de los nervios periféricos, puestas de manifiesto por pérdida de sensibilidad, y fuerza en los músculos de las manos, pies y cara.

Lepra Paucibacilar: Una a cinco manchas blanquecinas o rojizas, distribución asimétrica. Pérdida de la sensibilidad. Daño neural: un solo tronco nervioso. Con respuesta inmunológica.

Lepra Multibacilar: Más de cinco manchas, de distribución asimétrica, disminución de la sensibilidad. daño neural: Varios troncos con respuesta inmunológica baja o ausente

VIOLENCIA, HECHOS DE TRANSITO Y ACCIDENTES: Se registrarán los **casos nuevos** del dato de diagnóstico por causa externa de **Violencia en la Familia**, entendida como aquella que se produce entre los miembros de la familia y es cometida por el cónyuge o ex-cónyuge, conviviente o ex-conviviente, o su familia, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa y colateral, tutores o encargados de la custodia o cuidado, cuya naturaleza puede ser física, psíquica o por privaciones o descuido. **Violencia Sexual (familiar, doméstica y/o en otros ámbitos)**, entendida como los actos de violencia de naturaleza sexual cometida en la familia, por el cónyuge o ex-cónyuge, conviviente o ex-conviviente u en otros ámbitos. **Otras violencias**, anotar el número de casos por violencias autoinflingidas (comportamiento suicida y autolesiones) y colectivas (social, política y económica). El número de casos presentados por **Hechos de Tránsito**, así como el número de casos presentados por **Accidentes** (Por ej. Quemaduras, Caídas en el hogar y/calle, etc.).

INTOXICACIONES: Anote los **CASOS NUEVOS** de intoxicaciones producidas por Plaguicidas según norma vigente, Ingesta de Alimentos inclusive el agua producidas por las siguientes entidades: Staphilococo, Salmonella, Shiguela, Bacillus cereus, E. coli patógena y Campilobacter yeyuni, se llena a partir del cuaderno de consulta externa, cuaderno de emergencias y cuaderno de internaciones, en el caso de otras intoxicaciones, se debe registrar aquella producidas por otras sustancias que no sean plaguicidas ni alimentos (fármacos, drogas, alcohol, hierbas y otros).

MORTALIDAD: Se considera **MORTALIDAD DENTRO DEL SERVICIO (INSTITUCIONAL)**, todo fallecimiento ocurrido en el establecimiento, tanto antes como después de las 48 horas de haber ingresado (en caso de referencia si el paciente fallece en la ambulancia, la muerte se registraría en el establecimiento que realizó la referencia). - La **MORTALIDAD FUERA DEL SERVICIO** es la que ocurre fuera de un establecimiento de salud (en la vivienda, comunidad), ya sea hombres o mujeres. Muerte materna notificada, es aquella muerte de una mujer en edad fértil dentro y fuera del establecimiento durante el embarazo, parto y puerperio (hasta los 42 días después del parto). **Muerte materna confirmada** o estudiada, es aquella muerte materna que estaba notificada y mediante el sistema de Vigilancia de la mortalidad materna – SVEMM ha sido estudiada y confirmada como muerte materna. **Muerte fetal (óbito) confirmada:** Muerte ocurrida antes de la expulsión completa o extracción del producto de gestación de la madre, independientemente de la duración del embarazo. Luego de la separación del feto no muestra ninguna evidencia de vida (latido cardíaco, pulsación del cordón umbilical o producción de movimientos por músculos voluntarios). Para su registro esta debe ser notificada y registrada por el comité de mortalidad perinatal y neonatal. **Muerte neonatal temprana (0-6 días) confirmada:** Muerte que ocurre durante los primeros 7 días de vida. (0-6 días)(El primer día de vida es considerado como día 0). Para su registro esta debe ser notificada, registrada por el comité de mortalidad perinatal y neonatal. **Muerte neonatal tardía (7-27) confirmada:** Si la muerte ocurre después del séptimo día pero antes de los 28 días de vida. Para su registro esta debe ser notificada, registrada por el comité de mortalidad perinatal y neonatal. **Muerte de menor de 28 días por sepsis:** Muerte que ocurre antes de los 28 días de vida y tiene como causa directa de muerte el diagnóstico de sepsis. **Muerte de menor de 28 días por asfixia:** Muerte que ocurre antes de los 28 días de vida y tiene como causa directa de muerte el diagnóstico de asfixia. Asimismo registre la muerte en el menor de 5 años por diarrea, neumonía y desnutrición aguda grave, las muertes en menores de 5 años por otras causas y las muertes suscitadas en mayores de 5 años, dentro y fuera del establecimiento por grupos de edad.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: se llena a partir del cuaderno de prenatal, parto y puerperio. **SOLO ANOTAR LOS CASOS NUEVOS.**

CERTIFICADO DE DECLARACIÓN JURADA. Debe ser llenado y firmado por el Médico Director.

CALENDARIO EPIDEMIOLÓGICO 2014

ENERO							FEBRERO							MARZO							ABRIL										
Sem	D	L	M	M	J	V	S	Sem	D	L	M	M	J	V	S	Sem	D	L	M	M	J	V	S	Sem	D	L	M	M	J	V	S
1	29	30	31	1	2	3	4	6	2	3	4	5	6	7	8	10	2	3	4	5	6	7	8	15	6	7	8	9	10	11	12
2	5	6	7	8	9	10	11	7	9	10	11	12	13	14	15	11	9	10	11	12	13	14	15	16	13	14	15	16	17	18	19
3	12	13	14	15	16	17	18	8	16	17	18	19	20	21	22	12	16	17	18	19	20	21	22	17	20	21	22	23	24	25	26
4	19	20	21	22	23	24	25	9	23	24	25	26	27	28	1	13	23	24	25	26	27	28	29	18	27	28	29	30	1	2	3
5	26	27	28	29	30	31	1									14	30	31	1	2	3	4	5								
MAYO							JUNIO							JULIO							AGOSTO										
Sem	D	L	M	M	J	V	S	Sem	D	L	M	M	J	V	S	Sem	D	L	M	M	J	V	S	Sem	D	L	M	M	J	V	S
19	4	5	6	7	8	9	10	23	1	2	3	4	5	6	7	28	6	7	8	9	10	11	12	32	3	4	5	6	7	8	9
20	11	12	13	14	15	16	17	24	8	9	10	11	12	13	14	29	13	14	15	16	17	18	19	33	10	11	12	13	14	15	16
21	18	19	20	21	22	23	24	25	15	16	17	18	19	20	21	30	20	21	22	23	24	25	26	34	17	18	19	20	21	22	23
22	25	26	27	28	29	30	31	26	22	23	24	25	26	27	28	31	27	28	29	30	31	1	2	35	24	25	26	27	28	29	30
								27	29	30	1	2	3	4	5																
SEPTIEMBRE							OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE										
Sem	D	L	M	M	J	V	S	Sem	D	L	M	M	J	V	S	Sem	D	L	M	M	J	V	S	Sem	D	L	M	M	J	V	S
36	31	1	2	3	4	5	6	41	5	6	7	8	9	10	11	45	2	3	4	5	6	7	8	49	30	1	2	3	4	5	6
37	7	8	9	10	11	12	13	42	12	13	14	15	16	17	18	46	9	10	11	12	13	14	15	50	7	8	9	10	11	12	13
38	14	15	16	17	18	19	20	43	19	20	21	22	23	24	25	47	16	17	18	19	20	21	22	51	14	15	16	17	18	19	20
39	21	22	23	24	25	26	27	44	26	27	28	29	30	31	1	48	23	24	25	26	27	28	29	52	21	22	23	24	25	26	27
40	28	29	30	1	2	3	4																	53	28	29	30	31	1	2	3

Esta información será verificada continuamente, su veracidad y oportunidad en la entrega es responsabilidad del Director del Establecimiento.