
 <p>Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud</p>	 <p>MINISTERIO de SALUD</p> <p>Programa Ampliado de Inmunización</p>	<p><b>Ficha de Notificación e Investigación</b></p> <p><b>TOS FERINA</b></p> <p><b>(CIE 10 – A379)</b></p>	<p><b>Código</b></p> <p>A ser llenado por el PAI Departamental</p>
			<p>____/____/____</p>

**Definición de caso:** Caso sospechoso – 1) Historia de **tos severa**, persistente por dos semanas o más, **paroxística**, seguida de vómitos. 2) En niños menores: tos prolongada seguida de apnea y cianosis. 3) En niños mayores: tos paroxística seguida de vómitos y náuseas. 4) Paciente con nexo epidemiológico

**I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA** (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

País: Bolivia, Departamento \_\_\_\_\_ Establecimiento de salud que notifica \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono del establecimiento que notifica \_\_\_\_\_

Red/Gerencia de Salud \_\_\_\_\_ Notificado por: \_\_\_\_\_ No. Tel \_\_\_\_\_

Fecha de: Consulta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Notificación Local \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Visita Domiciliaria \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Notificación Nacional \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año

Localidad/Barrio/Ciudad \_\_\_\_\_

1=Consulta 2=Laboratorio 3=Búsqueda institucional 4=Búsqueda de casos en la comunidad	5=Investigación de contactos 6=Casos reportados en la comunidad 88=Otros 99=Desconocido	Tipo de Sector de Institución que notifica: <input type="checkbox"/>	1=Público 2=Privado 88=Otro (seguro, ONG, convenio) Especifique _____
---	--	--	--

**II INFORMACIÓN DEL PACIENTE** (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)


Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ Nombre de la madre  
o responsable: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ 1=Masculino Si no se conoce la fecha de  
2=Femenino nacimiento, edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año Años Meses

Dirección actual \_\_\_\_\_ Dirección de la Unidad Educativa \_\_\_\_\_

Tipo de localidad: ☐ 1=Urbano  
2=Periurbano Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
3=Rural

<p>Referencias para localizar la vivienda:</p>   	<p>Croquis de la vivienda</p>   	
--	---	---

### III HISTORIA VACUNAL (ES IMPORTANTE HACER TODO LO NECESARIO PARA OBTENER ESTA INFORMACIÓN)

Historia de Vacunas 1= Pentavalente 2= DPT 3= DT 4= dT	No de Dosis	Fecha de última dosis	Establecimiento o lugar de vacunación	Fuente de información sobre la vacunación
<input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>

1=Tarjeta de vacunación,  
2=Registro, cuaderno de vacunación del establecimiento de salud  
3=Verbal

## IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

1=Si 2=No		Fecha de inicio de la enfermedad		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Fecha de internación		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Diagnóstico en la fecha de internación:	
Uso de antibióticos en las última semana <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>				Especificar				No de días de Tto <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>			
<b>Signos / Síntomas</b> <div>1=Si 2=No</div>						<b>Evolución, Estado Actual del paciente</b> <div>1=Si 2=No</div>					
Tos paroxística		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Hemorragia Subconjuntival		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Restablecido		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
Silbido Inspiratorio		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Fiebre		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Enfermo		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
Apnea		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Vómitos		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Transferido		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
Cianosis		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>				<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Alta Solicitada		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
						<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		Fallecido		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
								Fecha de fallecimiento		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	

Diagnóstico de egreso _____	Fecha de egreso ____/____/____ Día Mes Año
-----------------------------	---

V DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

Si es posible anote la fuente de contagio (otro caso semejante) 1=Si 2=No

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Vacunado: ☐ Vacuna: \_\_\_\_\_ No de dosis \_\_\_\_\_ Verificado con carnet: ☐

Contactos del caso Nombres y apellidos	Edad	Dirección	Vacuna	Fecha de última dosis	Vacunado en esta investigación
				____/____/____ Día Mes Año	<input type="checkbox"/>
				____/____/____ Día Mes Año	<input type="checkbox"/>
				____/____/____ Día Mes Año	<input type="checkbox"/>

VI DATOS DE LABORATORIO (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

Tipo de Muestra 1=Si 2=No	Fecha de recolección de la muestra	Fecha de envío a laboratorio	Fecha de recepción en laboratorio	Fecha de envío de resultado	Resultado
Hisopado Nasofaringeo <input type="checkbox"/>	____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año	
<input type="checkbox"/>	____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año	

Investigador:

Nombre \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Correo electrónico. \_\_\_\_\_ Teléfono / Celular \_\_\_\_\_

Fecha de Investigación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMPORTANTE

1. La ficha debe ser llenada completamente, con letra legible en imprenta, sin abreviaciones, tachaduras y borrones.
2. Los recuadros deben ser completados de acuerdo a la indicación de los asteriscos.
3. Tomar la muestra en el primer contacto y cantidad suficiente
4. Realizar una adecuada investigación con entrevista a contactos, visita a la escuela, guardería, comunidad, búsqueda activa institucional y comunitaria, monitoreo rápido de coberturas.
5. No olvidar que la ficha y la muestra deben ser enviadas de manera inmediata; y que se tiene un tiempo máximo de una semana para el envío de informes con respaldos desde el momento de la notificación.
6. Se debe enviar adjunto a la ficha la fotocopia legible del esquema vacunal del caso, copia de la historia clínica con resultado de exámenes complementarios (si corresponde), boleta de referencia (si corresponde).

Nota: Esta ficha de investigación se encuentra disponible en el siguiente enlace [www.snis.gob.bo/PAI](http://www.snis.gob.bo/PAI)

- Imprima tres copias:
- Una para el establecimiento de salud,
  - Una adjunta a la muestra,
  - Una para envío a la coordinación/gerencia de red.