

 Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud	 MINISTERIO de SALUD Programa Ampliado de Inmunización	<b>Ficha de Notificación e Investigación</b> <b>FIEBRE AMARILLA</b> <b>(CIE 10 - A95)</b>	<b>Código</b> <small>A ser llenado por el PAI Departamental</small> ____/____/____
<b>Definición de caso:</b> Paciente con cuadro febril agudo durante 7 días, residente o que estuvo de visita los últimos 15 días en un área con transmisión viral. Sin el antecedente de haber sido vacunado.			
<b>Un área de transmisión viral:</b> Se define como un área donde hubo ocurrencia y/o presencia de casos confirmados del virus de la fiebre amarilla en humanos o epizootias (presencia de monos enfermos o muertos) y presencia del vector.			

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

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

Nombre y apellidos del Paciente: _____		Nombre del responsable, o tutor: _____	
Sexo del paciente: <input type="checkbox"/> <small>1=Masculino 2=Femenino</small>	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	<small>Años Meses</small>
Dirección actual : _____		Ocupación del Paciente: _____	Teléfono: _____
Dónde estuvo hace 15 días antes de enfermar : _____			
Tipo de localidad: <input type="checkbox"/> <small>1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural</small>	Departamento _____	Provincia _____	Municipio: _____ Comunidad: _____

Referencias para localizar la vivienda: _____	Croquis de la vivienda 
---	--

III. HISTORIA VACUNAL (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

¿Ha sido vacunado contra la fiebre amarilla?	Número de dosis	Fecha de última dosis (Día Mes Año)	Establecimiento o lugar dónde fue vacunado	Fuente de información sobre la vacunación
<input type="checkbox"/> <small>1=Sí 2=No 99=Desconocido</small>	<input type="checkbox"/> <small>0=Cero dosis 1=Una dosis 2=Dos 3=Tres 99=Desconocido</small>	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	_____	<input type="checkbox"/> <small>1=Tarjeta de vacunación 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal</small>

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

1=Sí 2=No			
Fecha de inicio de la enfermedad (fiebre) _____		Hospitalización: <input type="checkbox"/>	Fecha _____
<small>Día Mes Año</small>			<small>Día Mes Año</small>
<b>Signos / Síntomas</b>		<b>Estado Actual del paciente</b>	
Fiebre <input type="checkbox"/>	Nauseas <input type="checkbox"/>	Melena <input type="checkbox"/>	Restablecido <input type="checkbox"/>
Hemorragia <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Petequias <input type="checkbox"/>	Enfermo <input type="checkbox"/>
Ictericia <input type="checkbox"/>	Oliguria <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/>
Cefalea <input type="checkbox"/>	Escalofríos <input type="checkbox"/>		Fecha de fallecimiento _____
Mialgias <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal <input type="checkbox"/>		<small>Día Mes Año</small>

Comentarios

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

Caso notificado por: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Servicio de salud: \_\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_

Fecha de Captación

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DíaMesAño

Fecha de Notificación

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DíaMesAño

Acciones Realizadas 1=Sí 2=No

Fecha de la visita domiciliaria

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DíaMesAño

Se realizó búsqueda activa

☐

Presencia de monos

☐

Muerto

☐

Enfermo

☐

Sano

☐

Género

\_\_\_\_\_

Presencia de mosquito vector

☐

Especie

\_\_\_\_\_

VI CENSO DOMICILIARIO ( DE CARÁCTER OBLIGATORIO, CONMPLETAR TODOS LOS CAMPOS)

Nombres y apellidos	Edad	Sexo	Relación con el paciente	Fiebre	Vacunado	Verificado con carnet	Otros síntomas	Fecha de toma de muestra

VII DATOS DE LABORATORIO (LLENAR TODOS LOS CAMPOS)

Tipo de Muestra		Fecha de recolección de la muestra	Fecha de envío a laboratorio	Fecha de recepción en laboratorio	Fecha de envío de resultado	Resultado
Suero	1ra <input type="checkbox"/>	<div><div>____/____/____</div><div>DíaMesAño</div></div>	<div><div>____/____/____</div><div>DíaMesAño</div></div>	<div><div>____/____/____</div><div>DíaMesAño</div></div>	<div><div>____/____/____</div><div>DíaMesAño</div></div>	
	2da <input type="checkbox"/>	<div><div>____/____/____</div><div>DíaMesAño</div></div>	<div><div>____/____/____</div><div>DíaMesAño</div></div>	<div><div>____/____/____</div><div>DíaMesAño</div></div>	<div><div>____/____/____</div><div>DíaMesAño</div></div>	
Muestra histopatológica (biopsia) <input type="checkbox"/>		<div><div>____/____/____</div><div>DíaMesAño</div></div>	<div><div>____/____/____</div><div>DíaMesAño</div></div>	<div><div>____/____/____</div><div>DíaMesAño</div></div>	<div><div>____/____/____</div><div>DíaMesAño</div></div>	

Investigador:

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Firma y sello: \_\_\_\_\_

Fecha de Investigación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DíaMesAño

Comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMPORTANTE

1. La ficha debe ser llenada completamente, con letra legible en imprenta, sin abreviaciones, tachaduras y borrones.
2. 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.
3. Tomar la muestra en el primer contacto en cantidad suficiente (recolectar de 5 a 10ml de sangre mediante punción venosa y con material estéril, Vacutainer o en jeringa), conservar la muestra en temperaturas entre +2 y +8 grado C, identificar con el nombre completo, procedencia de la toma de la muestra.
4. Se debe enviar adjunto a la ficha: fotocopia legible del esquema vacunal del caso, copia de la historia clínica con resultado de exámenes complementarios (si corresponde), boleta de referencia (si corresponde).
5. Realizar una adecuada investigación con entrevista a contactos, visita a la comunidad, búsqueda activa institucional y comunitaria, búsqueda de epizootias monitoreo rápido de coberturas.