

SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACIÓN

ENFERMEDAD: EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (E.S.A.V.I)

DEFINICIÓN DE CASO:

Todo aquel que resulto en hospitalización, discapacidad o se le atribuye como causa de muerte. También los rumores; eventos que ocurren en grupos.

1) Datos Institución	1.1 Número del caso	1.2 Fecha de conocimiento local	/ /	1.3 Fecha de Investigación	/ /	1.4 Fecha de elaboración de la ficha	/ /	
	1.5 Fecha de notificación del establecimiento de salud	/ /	1.6 Fecha de notificación del municipio	/ /	1.7 Fecha de notificación de epidemiología regional	/ /	/ /	
	1.8 Establecimiento		1.9 Parroquia			1.10 Municipio		
	1.11 Estado		1.12 Fuente del informe Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Búsqueda activa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

2) Datos del Paciente	2.1 Primer apellido		2.2 Segundo apellido		2.3 Primer nombre		2.4 Segundo nombre	
	2.5 C.I./ pasaporte V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		2.6 Nacionalidad		2.7 Fecha de nacimiento		2.8 Edad	2.9 Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	2.10 Etnia		2.11 Nivel educativo I <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> TSU / U <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> EE <input type="checkbox"/>		2.12 Años aprobados		2.13 Situación conyugal S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	
	2.14 Profesión		2.15 Ocupación		2.16 Latitud		2.17 Longitud	

3) Datos de Residencia	Dirección de Habitación (residencia):		3.1 Entidad de residencia:		3.2 Municipio de residencia		3.3 Parroquia de residencia		3.4 Localidad de residencia	
	3.5 Urb./sector/ zona Industrial		3.6 Av./carrera/ calle/esquina/vereda		3.7 Casa/edif./ quinta/galpón		3.8 Piso/ planta/local			
	3.9 Teléfono de habitación (fijo)		3.10 Teléfono celular (móvil)		3.11 Punto de referencia					
	3.12 Lugar donde el paciente enfermó				3.13 Nombre de la Madre			3.14 Nombre del Padre		

Manifestaciones locales (Anote el tiempo que paso entre la aplicación y la aparición del evento)

4.1 Fecha de inicio						/	/	
Minutos			Horas			Días		
<input type="checkbox"/> 4.2 Dolor						<input type="checkbox"/> 4.6 Ulcera		
<input type="checkbox"/> 4.3 Rubor						<input type="checkbox"/> 4.7 Linfadenitis		
<input type="checkbox"/> 4.4 Tumoración						<input type="checkbox"/> 4.8 Ganglios Supurado <input type="checkbox"/> No Supurado <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 4.5 Absceso Caliente <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/>								
4.9 Otros					4.10 Tiempo			

Manifestaciones Sistémicas (Anote el tiempo que paso entre la aplicación y la aparición del evento)

4.11 Fecha de inicio						/	/	
Minutos			Horas			Días		
<input type="checkbox"/> 4.12 Fiebre °C						<input type="checkbox"/> 4.19 Parálisis		
<input type="checkbox"/> 4.13 Convulsión febril						<input type="checkbox"/> 4.20 Púrpura		
<input type="checkbox"/> 4.14 Convulsión afebril						<input type="checkbox"/> 4.21 Reacción Anafiláctica		
<input type="checkbox"/> 4.15 Episodio Hipotermia						<input type="checkbox"/> 4.22 Parotiditis		
<input type="checkbox"/> 4.16 Hiporrefléxico						<input type="checkbox"/> 4.23 Artralgias		
<input type="checkbox"/> 4.17 Llanto persistente						<input type="checkbox"/> 4.24 Mialgias		
<input type="checkbox"/> 4.18 Parestesias						<input type="checkbox"/> 4.25 Otras reacciones de Hipersensibilidad		
4.26 Otros					4.27 Tiempo			

Vacunas aplicadas en los últimos 30 días

5.1 Vacuna	5.2 Nro. de Dosis	5.3 Fecha de aplicación	5.4 Fabricante	5.5 Nro. de lote	5.6 Fecha fabricación	5.7 Fecha expiración

5.8 Fuente de información Carnet <input type="checkbox"/> Libro de registro <input type="checkbox"/> Sticker <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/>	5.9 Estaba embarazada al momento de la vacunación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.10 Semanas de gestación:
--	--	----------------------------

5) Antecedente Vacunal	5.9 Vacuna sospechosa		5.10 Tipo de vacuna aplicada Vivas atenuadas <input type="checkbox"/> inactivas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		
	5.11 Vía de Administración Oral <input type="checkbox"/> Subcutánea <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Intradérmica <input type="checkbox"/>		5.12 Sitio de Aplicación Deltoides <input type="checkbox"/> Región antero lateral del muslo <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		
	5.13 Equipo responsable de vacunación Brigada Itinerante <input type="checkbox"/> Puesto Móvil <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/>		5.14 Otro <input type="checkbox"/>	5.15 Teléfono	
	5.16 Dirección				
6) AME	6.1 Atención médica del evento (AME) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		6.2 Conducta Hospitalizado <input type="checkbox"/> Consulta ambulatoria <input type="checkbox"/>		6.3 Fecha Ingreso / /
	6.4 Fecha egreso / /				
6.5 Medicación administrada					
7) AC	Antecedentes clínicos (72 horas antes de la vacunación)				Minutos
	7.1 Fiebre Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		7.2 Otros (especificar)		Horas
					Días
8) Antecedentes Personales	8.1 Enfermedades neurológicas Epilepsia <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>				
	8.2 Alergias Medicamentosa <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>		8.3 Inmunodeficiencias Neoplasias <input type="checkbox"/> VIH / Sida <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>		
	8.4 Uso de medicamentos				
	8.5 ¿Ha presentado evento adverso anterior? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		8.6 ¿Con cual vacuna?		
	8.7 Describa la característica mas relevante				
9) CE	9.1 Conducta frente al esquema de vacunación (CE) Mantener esquema de vacunación <input type="checkbox"/> Indicado con precaución <input type="checkbox"/> Totalmente contraindicado <input type="checkbox"/> Contraindicado sin sustitución <input type="checkbox"/> Conducta a seguir <input type="checkbox"/>				
10) CF	10.1 Clasificación final (CF) Evento no relacionado con la vacunación <input type="checkbox"/> Evento relacionado con la vacunación <input type="checkbox"/> Investigación no concluyente <input type="checkbox"/>				
	10.2 Relacionado al Programa <input type="checkbox"/> Vacuna <input type="checkbox"/>		10.3 Dentro de la frecuencia esperada <input type="checkbox"/> Fuera de la frecuencia esperada <input type="checkbox"/>		
	10.4 Se relaciona el evento adverso en el producto de la concepción Con la aplicación de esta vacuna en la madre Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		10.5 Indique de que tipo		
11) Observaciones					
12) Responsable	12.1 Nombre		12.2 Cargo		
	12.3 Teléfono domicilio		12.4 Teléfono trabajo	12.5 Email institucional	
	12.6 Email personal		12.7 Firma		

Instrucciones Generales:

- Toda la ficha debe ser llenada completamente y con letra legible (Preferiblemente en letra de molde).
- Toda la ficha se refiere a casos de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización, colocada a cualquier edad y de cualquier tipo.
- Debe aportar solo datos verdaderos.
- Todos los datos que representen fechas deben escribirse en el siguiente formato: DD/MM/AAAA

1. Datos Institución:

1. *Número de caso:* escriba el número de caso según el orden en que éstos se presentan.
2. *Fecha de conocimiento local:* escriba la fecha en la cual el nivel operativo detectó el caso (primer contacto).
3. *Fecha de investigación:* escriba la fecha en que se comenzó a realizar la investigación del caso.
4. *Fecha de elaboración de la ficha:* escriba la fecha en que se comenzó a llenar la ficha.
5. *Fecha de notificación del establecimiento de salud:* escriba la fecha en que el establecimiento de salud notificó el caso al nivel municipal.
6. *Fecha de notificación del municipio:* escriba la fecha en la que el municipio notificó al nivel regional.
7. *Fecha de notificación de epidemiología regional:* escriba la fecha en la que la región notificó al nivel central.
8. *Establecimiento:* escriba el nombre del establecimiento de salud que detectó o recibió el caso.
9. *Parroquia:* escriba el nombre de la parroquia en la que está ubicado el establecimiento.
10. *Municipio:* escriba el nombre del municipio en el que está ubicado el establecimiento.
11. *Estado:* escriba el nombre del estado en el que está ubicado el establecimiento.
12. *Fuente del informe:* marque con equis "X" o el símbolo de verificación "V" una de las siguientes opciones según el origen de notificación: público, privado, laboratorio, comunidad, búsqueda activa, otro. En la última opción se debe especificar quien notifica.

2. Datos del Paciente:

1. Escriba el *primer nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido* del paciente. Luego marque en la casilla correspondiente si este es Venezolano o extranjero e indique el número de *cedula o pasaporte*; si es extranjero escriba la *nacionalidad*.
2. Luego indique la *fecha de nacimiento, edad* (en años), *sexo*, encaso de ser indígena indique a que *etnia* a que pertenece.
3. Marque en el cuadro correspondiente el nivel educativo (*I=Inicial, P=Primaria, S=Secundaria, TM=Técnico medio, TSU/U=Técnico superior universitario/Universitario, EE=En estudio*), si la opción marcada es *EE* entonces indique el número de años aprobados.
4. Marque la *situación conyugal* según sea el caso (*S=Soltero(a), C=Casado(a), D=Divorciado(a), V=Viudo(a), U=???, Se=???*). Escriba la *profesión y ocupación*.
5. Escriba los datos de geolocalización; *Latitud, Longitud* del centro de salud que detectó el caso.

3. Datos de Residencia:

1. Complete los cuadros correspondiente a la dirección de residencia del paciente, indicando adicionalmente la entidad, municipio, parroquia, localidad y punto de referencia.
2. Luego indique los teléfonos (fijo y móvil), lugar donde enfermó el paciente además de nombres y apellidos de la madre y el padre.

4. Manifestaciones Clínicas:

1. En el apartado de *manifestaciones locales* escriba la fecha en que estas iniciaron. Marque los recuadros que correspondan a la presentadas por el paciente e indique el tiempo desde que se presento dicha manifestación. En el caso de presentar absceso marque si este es caliente o frio, si presenta ganglios marcar si es supurado o no.
2. En el apartado de *manifestaciones sistémicas* escriba la fecha en que estas iniciaron. Marque los recuadros que correspondan a la presentadas por el paciente e indique el tiempo desde que se presento dicha manifestación. El caso de fiebre escriba cuantos grados centígrados alcanzó.

5. Antecedente Vacunal:

1. Escriba el nombre, *Nº de dosis, fecha de aplicación, fabricante, Nº de lote, fecha fabricación y fecha de expedición* de las vacunas aplicadas en los últimos treinta días. Luego marque la fuente de la información.
2. Indique cual es la vacuna de la cual se sospecha e indique si la vacuna se le aplico a una embarazada si es así diga la semana de gestación para el momento de la vacunación, luego marque según sea el caso; *Tipo de vacuna aplicada, vía de administración, sitio de administración, equipo responsable de vacunación*, además teléfono y dirección del equipo.

6. Atención Médica del Evento (AME):

1. Marque si hubo atención medica al evento y la conducta ante el caso, luego escriba la fecha de ingreso y de egreso, también la medicación aplicada.

7. Antecedentes Clínicos (AC):

1. Indique si hubo fiebre y escriba si se presento otro síntoma e indique por cuanto tiempo.

8. Antecedentes Personales:

1. Marque según sea al caso; enfermedades neurológicas, alergias, inmunodeficiencias, además indique que medicamento usa actualmente el paciente.
2. Marque si ha presentado evento adverso anterior, con cual vacuna y describa las características mas relevantes.

9. Conducta Frente al Esquema de Vacunación (CE):

1. Marque la conducta tomada frente al esquema de vacunación.

10. Clasificación Final (CF):

1. Marque según sea el caso la clasificación final del caso, de que sea un evento relacionado con la vacunación, indique si es con el programa o la vacuna, si resulta que es este ultimo entonces marque si esta o no dentro de la frecuencia esperada.
2. Si se relaciona el evento adverso en el producto de la concepción con la aplicación de esta vacuna en la madre indique de que tipo.

11. Observaciones:

1. Escriba si hay alguna observación que aporte datos a la investigación del caso.

12. Responsable:

1. Indique nombres, apellidos, cargo, teléfonos e email del responsable de la investigación.