

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

ENFERMEDAD: PAROTIDITIS

DEFINICIÓN DE CASO:

Persona que comienza con un cuadro agudo de tumefacción parotídea uni o bilateral o tumefacción de otras glándulas salivales, que dura mas de dos días, sin otra causa aparente.

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				

2) Datos del Usuario	2.1 Primer apellido		2.2 Segundo apellido		2.3 Primer nombre		2.4 Segundo nombre	
	2.5 C.I/ pasaporte		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		2.12 Años aprobados		2.13 Situación conyugal	
	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		

4) Cuadro Clínico	4.1 Fecha inicio de síntomas		4.2 Descripción Clínica					
	Síntomas / Signos				Complicaciones			
	4.3 Inflamación de las glándulas salivales		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		4.9 Meningoencefalitis		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	4.4 Dolor de glándulas salivales		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		4.10 Orquitis		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	4.5 Dolor de cabeza		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		4.11 Sordera		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	4.6 Dolor de garganta		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		4.12 Ooforitis		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	4.7 Dificultad para masticar		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		4.13 Pancreatitis		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	4.8 Fiebre		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		4.14 Absceso		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

5) Hospitalización	5.1 Hospitalizado		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.2 Fecha de hospitalización		/ /	5.3 Hospital		
	5.4 N° Servicio		5.5 N° Cama		5.6 Tratamiento		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.7 Se receto	
	5.8 Evolución		Alta <input type="checkbox"/> Secuelas <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/>	5.9 Fecha		/ /	5.10 Causa		

6) Vacunación	6.1 Vacunado		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	6.2 En que establecimiento de salud fue vacunado				6.3 N° de dosis recibidas	
	6.4 Fecha de Última dosis		/ /	6.5 Fuente de información		Camé <input type="checkbox"/> Libro de registro <input type="checkbox"/> Sticker <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/>			

7) Laboratorio	Serología:		7.1 Fecha de obtención		/ /	7.2 Fecha de resultado		/ /	Resultados:		7.3 IgM		7.4 IgG	
	7.5 Aislamiento viral		LCR <input type="checkbox"/> Exudado faringeo <input type="checkbox"/>	7.6 Cepa aislada		7.7 Laboratorio donde se envió la muestra		INH <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Publico <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>						
	7.8 Otras pruebas				7.9 Resultados									

8) Clas. Final	8.1 Clasificación		Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/>	8.2 Dx. de descarte				8.3 Fecha		/ /
	8.4 Confirmado por		Nexo inmunológico <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/>	8.5 Fecha		/ /				

9) Antecedentes	9.1 Personas con las que ha estado en contacto en los últimos 7 días			
	9.2 ¿Se han reportado otros casos en la zona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		9.3 ¿Cuales?	
	9.4 ¿Ha viajado en los últimos 21 días? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		9.5 ¿A donde?	9.6 ¿Cuando?

10) Acciones de control	10.1 Bloqueo <input type="checkbox"/>	10.2 Localidad		10.3 Fecha	/ /
	10.4 Búsqueda activa <input type="checkbox"/>	10.5 N° casos hallados	10.6 N° casos que ingresan al sistema	10.7 N° casos que se descartan	

10.8 Vacunados								
< 1 año	1 - 4 años	5 - 9 años	10 - 14 años	15 - 24 años	25 - 44 años	45 - 64 años	65+ años	Total vacunados

10.9 Monitoreo					
Monitoreo rápido de coberturas	ESAVI	Casas abiertas	Casas cerradas	Casas Abandonadas	Total casas

11) Responsable	11.1 Nombre			11.2 Cargo	
	11.3 Teléfono domicilio		11.4 Teléfono trabajo	11.5 Email institucional	
	11.6 Email personal			11.7 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 detecto 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 enfermo el paciente además de nombres y apellidos de la madre y el padre.

4. Cuadro Clínico:

1. Indique la *fecha de inicio de los síntomas* y haga una breve *descripción clínica* del caso.
2. En el cuadro titulado *signos/síntomas*, marque cuales de estos fueron manifestados por el paciente.
3. En el siguiente cuadro marque las *complicaciones* que se presentaron en el caso.

5. Hospitalización:

1. Indique si el paciente fue hospitalizado, de ser afirmativo indique en que *fecha*, en cual *hospital, nombre del servicio y número de cama*.
2. Liego indique si se aplico tratamiento y marque que se receto; posteriormente indique como evoluciono el paciente, en que *fecha* y la *causa*.

6. Vacunación:

1. Indique si el paciente fue vacunado en casi afirmativo escriba el nombre del establecimiento de salud, número de dosis recibidas, fecha de ultima dosis y fuente de la información.

7. Laboratorio:

1. Indique la fecha de toma de la muestra y fecha de resultado, luego indique los resultados para IgM e IgG.
2. Indique el tipo de muestra que se utilizo para realizar aislamiento viral, cepa aislada, laboratorio donde se envió la muestra, luego escriba si se hizo otra prueba y sus resultados.

8. Clasificación Final:

1. Indique la clasificación final del caso, si este es confirmado marque si fue clínica o nexo inmunológico y la fecha de clasificación, si es descartado escriba el diagnostico de descarte y la fecha.

9. Antecedentes:

1. Nombre las personas con las que ha estado en contacto en los últimos 7 días, luego indique si se han reportado otros casos en la zona, de ser afirmativo indique cuales.
2. Indique si ha viajado en los últimos 21 días, a donde y en que fecha.

10. Acciones de Control:

1. Indique si se realizo bloqueo en caso afirmativo, escriba la localidad y la fecha en que se realizo.
2. Indique si se hizo búsqueda activa en caso afirmativo indique numero de casos hallados, numero de casos que entran al sistema y numero de casos que se descartan. Posteriormente llene con la información correspondiente.

11. Responsable:

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