

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

ENFERMEDAD: SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

DEFINICIÓN DE CASO:

Todo paciente en quien un trabajador de la salud sospeche Rubéola Congénita. Generalmente esto ocurre cuando un niño presenta una o más de las siguientes condiciones: cataratas, bajo peso al nacer, hepatoesplenomegalia, persistencia del conducto arterioso, o defecto de la audición: cuya madre tuvo una infección de Rubéola durante el embarazo, confirmada por laboratorio

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 Usuario	2.1 Primer apellido	2.2 Segundo apellido	2.3 Primer nombre		2.4 Segundo nombre					
	2.9 Personal que atendió El parto									
	2.10 Lugar de nacimiento									
	2.11 C.I / pasaporte	V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	2.11 Nacionalidad	2.12 Fecha de nacimiento	/ /	2.13 Edad	2.14 Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	2.15 Etnia	2.21 Latitud		2.22 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		3.14 Nombre del Padre					
	3.12 Lugar donde el paciente enfermó			3.13 Nombre de la Madre		3.14 Nombre del Padre				
4) Datos Clínicos	4.1 N° Historia clínica	4.2 Ojos Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Retinopatía pigmentaria <input type="checkbox"/>								
	4.3 Corazón	Persistencia del conducto arterioso <input type="checkbox"/>	Estenosis de la arteria pulmonar <input type="checkbox"/>	Otros defectos del corazón <input type="checkbox"/>		4.4 Oídos Defecto de la audición <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>				
	4.5 General	Bajo peso al nacer <input type="checkbox"/>	Pequeño para la edad gestacional <input type="checkbox"/>	Microcefalia <input type="checkbox"/>	Meningoencefalitis <input type="checkbox"/>	Púrpura <input type="checkbox"/>	Hígado agrandado <input type="checkbox"/> Bazo agrandado <input type="checkbox"/> Radio opacidad de huesos largos <input type="checkbox"/>			
	4.6 Fallecido	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4.7 Fecha de fallecimiento							
5) Laboratorio	5.1 Tipo de prueba	5.2 Fecha de toma		5.3 Fecha de envío	5.4 Fecha de recepción		5.5 Fecha de resultados		5.6 Resultados	
		M1	M2		INH	Lab. regional	INH	Lab. regional	INH	Lab. regional
		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
6) Clas. Final	6.1 Clasificación	6.2 Confirmado por Laboratorio <input type="checkbox"/> Diagnóstico Clínico <input type="checkbox"/> Nexo epidemiológico <input type="checkbox"/>			6.3 Fecha			/ /		
		6.4 Dx. de descarte			6.5 Fecha			/ /		
7) Datos de la madre	7.1 Primer apellido	7.2 Segundo apellido	7.3 Primer nombre		7.4 Segundo nombre					
	7.5 Edad	7.6 N° de embarazos previos	7.7 Vacunada contra la Rubéola	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7.8 N° de dosis		7.9 Fecha última dosis	/ /		
	7.10 Durante el embarazo Rubéola Confirmada <input type="checkbox"/> Enfermedad similar a la Rubéola <input type="checkbox"/> Expuesto a la Rubéola <input type="checkbox"/> Viajes <input type="checkbox"/>									
8) Responsable	8.1 Nombre				8.2 Cargo					
	8.3 Teléfono domicilio		8.4 Teléfono trabajo		8.5 Email institucional					
	8.6 Email personal				8.7 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 "✓" 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. Datos Clínicos:

1. Indique el número de historia clínica, luego si presenta en los ojos; cataratas, glaucoma o retinopatía pigmentaria. Indique si el corazón presenta; persistencia del conducto arterioso estenosis de arteria pulmonar u otro defecto. indique si en los oídos de detecta defecto de la audición u otro.
2. A nivel general indique si; tubo bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, microcefalia, meningoencefalitis, purpura, hígado agrandado, bazo agrandado o radio opacital de huesos largos.
3. Indique si falleció y en que fecha.

5. Laboratorio:

1. Rellene el cuadro con la información correspondiente a tipo de prueba, fecha de toma, fecha de envío, fecha de recepción, fecha de resultados y resultados de las muestras procesadas.

6. Clasificación Final:

1. Indique la clasificación del caso; si es confirmado indique si fue pos laboratorio, diagnostico clínico o nexa epidemiológico y luego la fecha de la clasificación. En caso de que sea descartado indique el diagnostico de descarte y la fecha del diagnostico.

7. Datos de la madre:

1. Indique nombres y apellidos de la madre, la edad, el número de embarazos previos, luego indique si fue vacunada contra la Rubéola, número de dosis y fecha de ultima dosis.
2. Indique si durante el embarazo; se le confirmo Rubéola, tubo una enfermedad similar a la Rubéola, fue expuesta a la Rubéola o si realizo algún viaje.

8. Responsable:

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