

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCION NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
NOTIFICACIÓN Y CIERRE DE CASO

SIVE - ALERTA
EPI 1 - Local

GENERACIÓN DE ALERTA	I. Datos Notificación	1. Institución	<table border="1"> <tr> <td>MSP</td><td>IESS</td><td>FFAA</td><td>POLI</td><td>JBG</td><td>ME</td><td>DRS</td><td>PRIV</td><td>ONG</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	ME	DRS	PRIV	ONG										2. Nombre Unidad que notifica:	_____						
	MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	ME	DRS	PRIV	ONG																				
		3. Ubicación Unidad	<table border="1"> <tr> <td>Zona</td><td>Provincia</td><td>Cantón</td><td>Parroquia</td><td>Area - Distrito</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Zona	Provincia	Cantón	Parroquia	Area - Distrito																					
Zona	Provincia	Cantón	Parroquia	Area - Distrito																									
	4. Fecha de atención	<table border="1"> <tr> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	día	mes	año				5. Fecha de notificación de caso	<table border="1"> <tr> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	día	mes	año																
día	mes	año																											
día	mes	año																											
	6. Nombre de quien notifica	_____																											
II. Datos del caso		7. Nombre	<table border="1"> <tr> <td>Primer Apellido</td><td>Segundo apellido</td><td>Primer nombre</td><td>Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Primer Apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre					8. Número de Cédula	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
	Primer Apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																									
		9. Sexo	<table border="1"> <tr> <td>M</td><td>F</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	M	F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento:	<table border="1"> <tr> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	día	mes	año				11. Edad en:	<table border="1"> <tr> <td>Años</td><td>Meses</td><td>Dias</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Años	Meses	Dias									
M	F																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
día	mes	año																											
Años	Meses	Dias																											
	12. Lugar residencia:	<table border="1"> <tr> <td>Pais</td><td>Provincia</td><td>Cantón</td><td>Parroquia</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Pais	Provincia	Cantón	Parroquia																							
Pais	Provincia	Cantón	Parroquia																										
	13. Dirección exacta	_____	Telf:	_____																									
	14. Lugar probable de infección:	<table border="1"> <tr> <td>Pais</td><td>Provincia</td><td>Cantón</td><td>Parroquia</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Pais	Provincia	Cantón	Parroquia																							
Pais	Provincia	Cantón	Parroquia																										
III. Datos Clínicos		15. Dirección exacta	_____	Telf:	_____																								
		16. Fecha de inicio de síntomas	<table border="1"> <tr> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	día	mes	año				17. Diagnóstico inicial:	_____																		
	día	mes	año																										
	18. Embarazada :	<table border="1"> <tr> <td>Si</td><td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Si	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Semanas de Gestación:	_____																					
Si	No																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
IV. Muestras para laboratorio		20. Muestra de laboratorio	<table border="1"> <tr> <td>Si</td><td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Si	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Tipo de muestra enviada	<table border="1"> <tr> <td></td><td colspan="3">Fecha toma</td> </tr> <tr> <td></td><td>día</td><td>mes</td><td>año</td> </tr> <tr> <td>1.</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2.</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3.</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		Fecha toma				día	mes	año	1.				2.				3.			
	Si	No																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
	Fecha toma																												
	día	mes	año																										
1.																													
2.																													
3.																													
	22. Nombre y ubicación del laboratorio	_____																											

CIERRE DE CASO	V. Laboratorio	23. Tipo de muestra	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Fecha recepción</td> <td>Muestra adecuada</td> <td colspan="3">Fecha de procesamiento</td> <td colspan="3">Fecha entrega Resultado</td> </tr> <tr> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> <td>Si</td><td>No</td> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Fecha recepción			Muestra adecuada	Fecha de procesamiento			Fecha entrega Resultado			día	mes	año	Si	No	día	mes	año	día	mes	año												1.						
		Fecha recepción			Muestra adecuada	Fecha de procesamiento			Fecha entrega Resultado																																	
		día	mes	año	Si	No	día	mes	año	día	mes	año																														
		2.																																								
		3.																																								
		24. Resultado	<table border="1"> <tr> <td>Positivo</td><td>Negativo</td><td>Indeterminado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Positivo	Negativo	Indeterminado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Resultado (agente)	<table border="1"> <tr> <td>1.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> </tr> </table>	1.	2.																													
Positivo	Negativo	Indeterminado																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
1.																																										
2.																																										
VI. Investigación de caso	26. Se realizó investigación	<table border="1"> <tr> <td>Si</td><td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Si	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Nº Contactos sintomáticos	_____																																		
	Si	No																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
27. Fecha de investigación	<table border="1"> <tr> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	día	mes	año																																						
día	mes	año																																								
VII. Evolución caso	29. Lugar de atención	<table border="1"> <tr> <td>Ambulatorio</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hospitalización</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>UCI</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ambulatorio	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>	UCI	<input type="checkbox"/>	30. Condición final del caso	<table border="1"> <tr> <td>Vivo</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Discapacitado</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muerto</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Vivo	<input type="checkbox"/>	Discapacitado	<input type="checkbox"/>	Muerto	<input type="checkbox"/>																										
	Ambulatorio	<input type="checkbox"/>																																								
Hospitalización	<input type="checkbox"/>																																									
UCI	<input type="checkbox"/>																																									
Vivo	<input type="checkbox"/>																																									
Discapacitado	<input type="checkbox"/>																																									
Muerto	<input type="checkbox"/>																																									
VIII. Cierre caso	31. Clasificación final caso:	<table border="1"> <tr> <td>Confirmado</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Descartado</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No concluyente</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Confirmado	<input type="checkbox"/>	Descartado	<input type="checkbox"/>	No concluyente	<input type="checkbox"/>																																		
	Confirmado	<input type="checkbox"/>																																								
	Descartado	<input type="checkbox"/>																																								
No concluyente	<input type="checkbox"/>																																									
32. Confirmado por	<table border="1"> <tr> <td>Laboratorio</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Clínico</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nexo epid.</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Clínico	<input type="checkbox"/>	Nexo epid.	<input type="checkbox"/>	33. Si es descartado, diagnóstico final CIE 10	_____																																	
Laboratorio	<input type="checkbox"/>																																									
Clínico	<input type="checkbox"/>																																									
Nexo epid.	<input type="checkbox"/>																																									
		34. Fecha cierre caso	<table border="1"> <tr> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	día	mes	año																																				
día	mes	año																																								
		35. Nombre responsable epid.:	_____																																							

OBSERVACIONES:

- Ficha con 3 copias una original y dos copias químicas con la siguiente distribución
Original para seguimiento de Epidemiólogo
Copia 1 funciona como pedido de laboratorio
Copia 2 Historia clinica

- En el aplicativo informático estos datos son generados automáticamente por el sistema, al momento del ingreso de datos.