

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

SIVE - ALERTA

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA

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>MEC</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	MEC	DRS	PRIV	ONG										2. Nombre Unidad que notifica:																																									
	MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	DRS	PRIV	ONG																																																												
	3. Ubicación Unidad	Provincia Cantón Parroquia																																																																			
4. Fecha de atención	día mes año					5. Nombre de quien notifica																																																															
II. Datos del paciente	6. Nombre	Primer Apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre										7. No. de documento de identificación																																																									
	8. Número de Expediente / Historia clínica											9. Nacionalidad																																																									
	10. Sexo	☐ Hombre ☐ Mujer		11. Fecha de nacimiento:					día mes año		12. Edad en:		Años Meses Días																																																								
	13. Lugar residencia:	Provincia Cantón Parroquia																																																																			
III. Datos Clínicos	14. Dirección exacta	Barrio, localidad										Telf:																																																									
	15. Lugar probable de infección:																																																																				
	16. Fecha de inicio de síntomas	día mes año					17. Diagnóstico inicial:																																																														
	18. Embarazada :	Si ☐		No ☐		19. Semanas de Gestación:																																																															
IV. Muestras para laboratorio	20. Muestra de laboratorio	Si ☐		No ☐		21. Tipo de muestra					<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Fecha toma</th> </tr> <tr> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> </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.																																							
	Fecha toma																																																																				
	día	mes	año																																																																		
	1.																																																																				
2.																																																																					
3.																																																																					
22. Nombre y ubicación del laboratorio																																																																					
V. Laboratorio	23. Tipo de muestra	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Fecha recepción</th> </tr> <tr> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> </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 recepción			día	mes	año	1.				2.				3.				<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Muestra adecuada</th> </tr> <tr> <th>si</th> <th>no</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Muestra adecuada		si	no							<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Fecha de procesamiento</th> </tr> <tr> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Fecha de procesamiento			día	mes	año										<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Fecha entrega Resultado</th> </tr> <tr> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Fecha entrega Resultado			día	mes	año									
	Fecha recepción																																																																				
	día	mes	año																																																																		
	1.																																																																				
2.																																																																					
3.																																																																					
Muestra adecuada																																																																					
si	no																																																																				
Fecha de procesamiento																																																																					
día	mes	año																																																																			
Fecha entrega Resultado																																																																					
día	mes	año																																																																			
24. Resultado	Positivo ☐		Negativo ☐		Dudoso ☐		25. Resultado (agente)					1. 2.																																																									
Observaciones:																																																																					
VI. Investigación de caso	26. Se realizó investigación	Si ☐		No ☐		27. Fecha de investigación					28. Nº Contactos sintomáticos																																																										
						día mes año																																																															
VII. Evolución caso	29. Evolución del caso	Ambulatorio ☐		Hospitalización ☐		UCI ☐		30. Condición final del caso					Vivo ☐ Con Discapacidad ☐ Muerto ☐																																																								
								31. Fecha de fallecimiento					día mes año																																																								
VIII. Cierre caso	32. Clasificación final caso:	Confirmado ☐		Descartado ☐		No concluyente ☐																																																															
	33. Confirmado por	Laboratorio ☐		Clínico ☐		Nexo epid. ☐		34. Diagnóstico final																																																													
								35. Fecha cierre caso																																																													
								día mes año		36. Nombre responsable epid.:																																																											

OBSERVACIONES:

- Formulario 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 clínica

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

EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL

Grupo	Evento	Código	Diagnóstico	Ficha de investigación
		CIE 10		
Síndromes	Diarreico agudo con deshidratación grave u otras complicaciones	U.50	Clínico	Si
	Febril sin foco evidente con signos de alarma	U.52	Clínico	Si
	Febril eruptivo no vesicular (exantemático)	R.21	Clínico	Si
	Febril Ictérico Agudo	U.51	Clínico	Si
	Febril Ictero Hemorrágico Agudo	U.53	Clínico	Si
	Meningeo Encefálico	G04.9	Clínico	Si
	Parálisis flácida aguda	U.54	Clínico	Si
Inmunoprevenibles	Difteria	A36	Laboratorio	Si
	ESAVI	Y58-Y59	Laboratorio - Clínico	Si
	Meningitis Meningocócica	A39.0+	Laboratorio	Si
	Poliomielitis Aguda	A80	Laboratorio	Si
	Rubeola	B06	Laboratorio	Si
	Sarampión	B05	Laboratorio	Si
	Tétanos Neonatal	A33	Clínico	Si
	Tosferina	A37	Laboratorio	Si
Zoonóticas	Brucelosis	A23	Laboratorio	Si
	Fiebre de Lassa	A96.2	Laboratorio	Si
	Hantavirus	A98.5	Laboratorio	Si
	Leptospirosis	A27	Laboratorio	Si
	Meningitis Eosinofílica	B83.2	Laboratorio	Si
	Peste	A20	Laboratorio	Si
	Contactos con exposición de Rabia	A82	Laboratorio	Si
	Rabia Humana Urbana	A82	Laboratorio	Si
	Rabia Humana Silvestre	A82	Laboratorio	Si
Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)	Chagas Agudo	B57	Laboratorio	Si
	Chagas crónico	B57	Laboratorio	Si
	Fiebre Amarilla	A95	Laboratorio	Si
	Dengue con signos de alarma	A90	Laboratorio	Si
	Dengue grave	A91	Laboratorio	Si
	Paludismo (Malaria no complicada)	B50-B54	Laboratorio	Si
	Paludismo (Malaria Complicada)	B50-B54	Laboratorio	Si
Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua (ETAS)	Cólera	A00	Laboratorio	Si
Evento inusitado	Evento inusitado		Laboratorio	Si
Otras	Efecto tóxico de diversas sustancias ingeridas o por contacto	T60 – T65	Laboratorio	Si
	Hepatitis C	B17.1	Laboratorio	Si