



DATOS GENERALES

PROCEDENCIA		UNIDAD NOTIFICADORA	Fecha de notificación			No. De ficha
Urbana	Rural		Día	Mes	Año	TOS2803002015/___/___

UBICACIÓN DE LA UNIDAD NOTIFICADORA

Área de Salud	Distrito
Servicio	Otro (especifique)

RESPONSABLE DEL LLENADO DEL INSTRUMENTO

Nombre	Cargo
--------	-------

DATOS PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE 1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ De casada: _____

EDAD Años: _____ Meses: _____

FECHA DE NACIMIENTO Día: _____ Mes: _____ Año: _____

LUGAR DE RESIDENCIA Dirección: _____

Departamento: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

GRUPO ÉTNICO Maya: _____ Ladino/mestizo: _____ Garífuna: _____ Xinca: _____ Otro: _____

Teléfono: _____

Sexo: M F Nombre de la madre, padre o encargado: _____

DATOS CLÍNICOS

CONOCIMIENTO O DEL CASO	Fecha de captación			Fuente de notificación	Publica	Búsqueda Activa	Fecha de conocimiento			
	Día	Mes	Año		Privada	Defunción	Nivel local	Día	Mes	Año
					Laboratorio	Otros	Área de salud			
					Comunidad		CNE			

SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Fecha de inicio de síntomas			Signos y síntomas			Si	No	N/s	Signos y síntomas			Si	No	N/S
Día	Mes	Año	Cianosis						Estridor o silbido inspiratorio					
			Fiebre						Hemorragia subconjuntival					
			Tos paroxística						Tos persistente					
			Vómitos después de la tos						Otros (especificar)					

Duración de la tos (días) _____

Evaluación clínica a los 30 días de iniciada la tos

Presencia de tos	Si	No	Otros (especifique)
------------------	----	----	---------------------

HOSPITALIZACIÓN

Hospitalización	Si	No	Nombre del hospital
FECHA DE HOSPITALIZACIÓN			No. de registro médico
Día	Mes	Año	
Condición de egreso	Mejorado	Grave	Muerto
FECHA DE EGRESO			
Día	Mes	Año	
Complicaciones			

FACTORES DE RIESGO

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

Vacunado	Si	No	Vacuna DPT/Penta documentada	En carné	En SIGSA 5a	En cuadernillos
----------	----	----	------------------------------	----------	-------------	-----------------

Fecha 1ª. Dosis			Fecha 2ª. dosis			Fecha 3ª. dosis			Fecha 1er. refuerzo			Fecha 2º. refuerzo		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Observaciones (si se perdió el carné, anotar información verbal de la madre del No. de dosis)



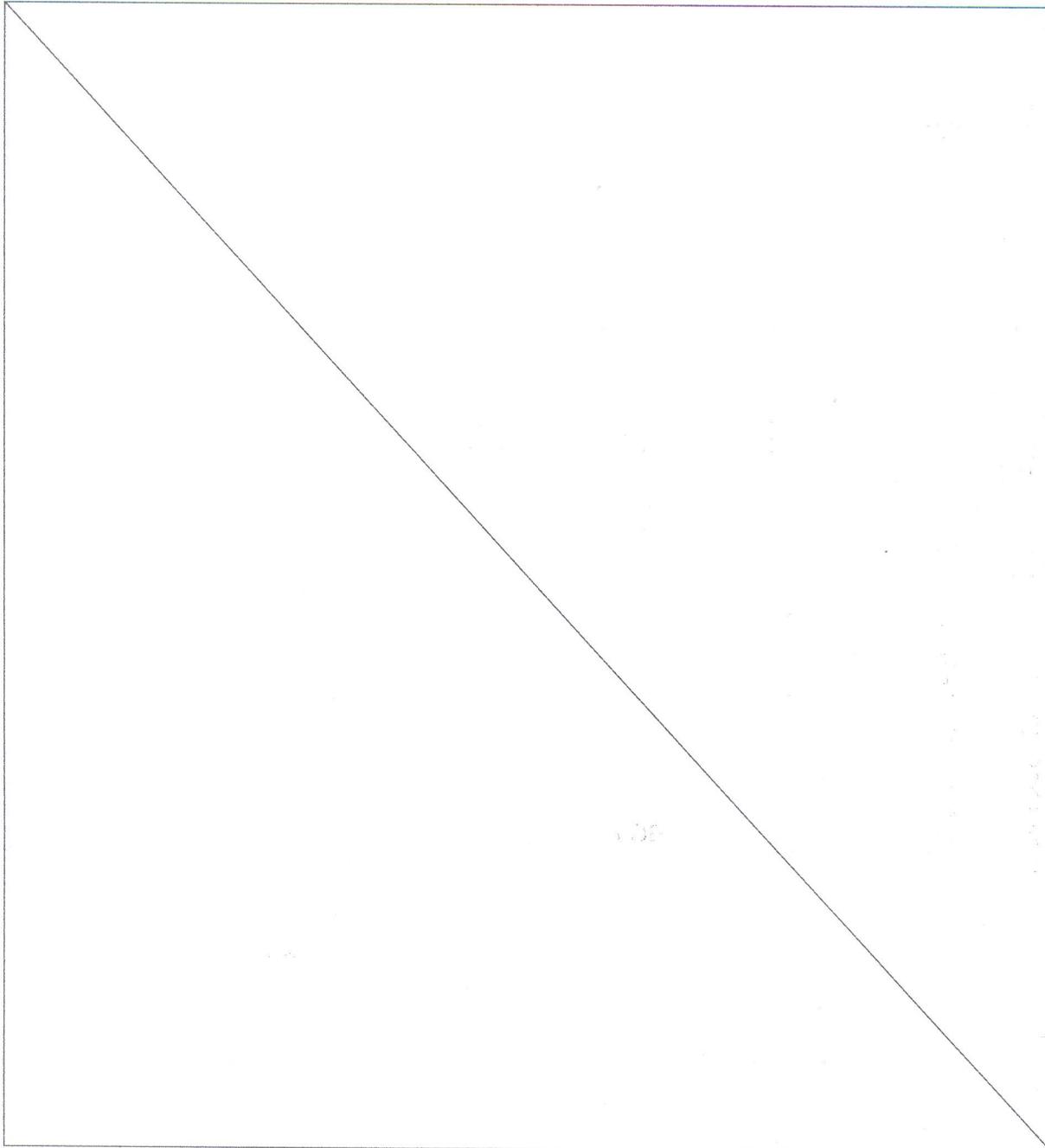
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD CENTRAL DE REFERENCIA
PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

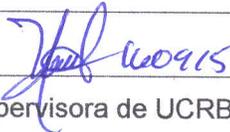
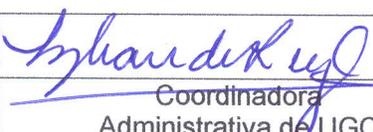
ÁREA: BACTERIOLOGÍA SECCIÓN BACTERIOLOGÍA

FORMATO: FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE TOS FERINA

EN VIGOR		CANCELA Y SUSTITUYE		PÁGINA
Código:	UCRF063	Código:		
No. Revisión:	0	No. Revisión:		
Elaborado por:	C.N.E.	Elaborado por:		1 de 2

L.N.S.



		
Supervisora de UCRB	Coordinadora Administrativa de UGC	07/10/15
Firma y Fecha	Firma y Fecha 16/09/15	
REVISADO	APROBADO	FECHA DE EMISIÓN



Centro Nacional de Epidemiología

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

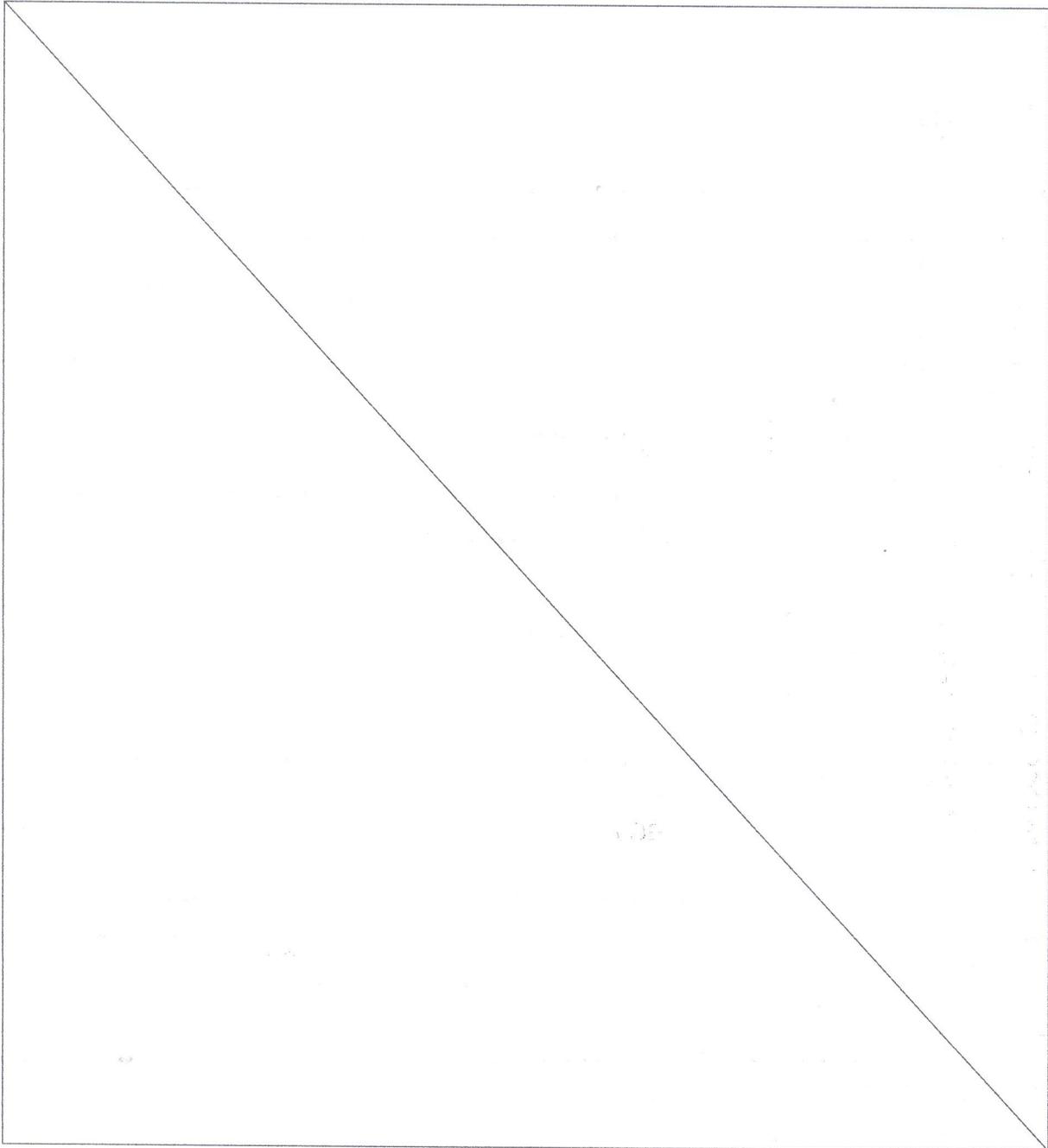
Ficha epidemiológica
Tos ferina

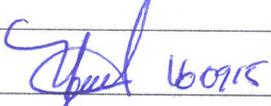
TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS	Tratamiento			Nombre del antibiótico			FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO		
	Si	N	O				Día	Mes	Año
FACTORES DE RIESGO	FECHA DE VISITA DOMICILIARIA						FECHA DE INICIO DE INVESTIGACIÓN		
	Día			Mes			Año		
	Día			Mes			Año		
	Existencia de casos sospechosos de Tos ferina relacionados con el caso de la comunidad						Si	No	No. De casos
	¿Hay algún niño(a), adolescente o adulto con tos en la vivienda?						Si	No	
	Visitas y/o contactos durante 3 semanas antes de iniciada la enfermedad						Si	No	Especifique
Monitoreo rápido de cobertura (MRC) de DTP/Penta	Viajes realizados 3 semanas antes de iniciada la enfermedad			Si	No	Área			
	Viajes realizados después del inicio de la enfermedad			Si	No	Área			
	Monitoreo rápido de cobertura (MRC)			Si	No	Resultado del MRC (%)			
	Número de niños vacunados con DTP/Penta						Investigación de campo realizada por		
Medidas de control epidemiológicas	FECHA DE INICIO			FECHA DE FIN					
	Día Mes Año			Día Mes Año					
Medidas de control epidemiológicas	Vacunación de bloqueo			Si	No	FECHA			
	Día Mes Año			Día Mes Año					
Medidas de control epidemiológicas	Búsqueda activa de casos			Servicios de salud		Comunidad		Guardería	
				Escuela		Iglesia		Otros (describa)	
RESULTADOS DE LABORATORIO									
Muestras tomadas									
Fecha de recepción	Fecha Toma Muestra	Código Muestra	Tipo Muestra						
Pruebas Realizadas									
Código Muestra	Fecha Prueba	Prueba				Resultado	Comentarios		
Conclusiones Asignadas									
Código Muestra	Resultado Final				Específico No. 1	Específico No. 2	Comentarios		
Datos de Laboratorio Local									
Hematología			Si			No			
Recuento de glóbulos blancos			Porcentaje de leucocitos						
Clasificación del caso									
Diagnóstico final			Confirmado		Descartado		Otro		
Fecha			Día		Mes		Año		
Confirmado por			Laboratorio			Nexo epidemiológico			
Descartado por			Laboratorio			Clínica			
Clasificado por						Cargo			
Observaciones									



L.N.S.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD CENTRAL DE REFERENCIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA			
ÁREA: BACTERIOLOGÍA SECCIÓN BACTERIOLOGÍA			
FORMATO: FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE TOS FERINA			
EN VIGOR		CANCELA Y SUSTITUYE	
Código:	UCRF063	Código:	
No. Revisión:	0	No. Revisión:	
Elaborado por:	C.N.E.	Elaborado por:	
			PÁGINA
			2 de 2



		
Supervisora de UCRB	Coordinadora Administrativa de UGC	
Firma y Fecha	Firma y Fecha 16/09/15	01/10/15
REVISADO	APROBADO	FECHA DE EMISIÓN

Prohibido la reproducción total o parcial de este documento sin previa autorización de UGC del LNS