

SIVE - ALERTA  
EPI 1 - Individual

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

SEMA  
EPIDI

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>X</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	X									2. Nombre Unidad que notifica:	
	MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	DRS	PRIV	ONG													
	X																					
	3. Ubicación Unidad	PICHINCHA			QUITO	CALD																
		Provincia			Cantón																	
	4. Fecha de atención				día	mes	año	5. Nombre de quien notifica	DR. JHONNI MA													
	6. Nombre					Primer Apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. No. de documento de identificación	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
	8. Número de Expediente / Historia clínica						9. Nacionalidad															
	10. Sexo	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		11. Fecha de nacimiento:				día	mes	año	12. Edad en:									
13. Lugar residencia:				Provincia	Cantón	Parroquia																
14. Dirección exacta										Telf:												
	Barrio, localidad																					
15. Lugar probable de infección:																						

<b>III. Datos Clínicos</b>  16. Fecha de inicio de síntomas <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">30</td><td style="width: 10px;"></td><td style="text-align: center;">10</td><td style="width: 10px;"></td><td style="text-align: center;">2024</td></tr><tr><td>día</td><td></td><td>mes</td><td></td><td>año</td></tr></table>	30		10		2024	día		mes		año	17. Diagnóstico inicial: Sindrómico o enfermedad _____
30		10		2024							
día		mes		año							
18. Embarazada :      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	19. Semanas de Gestación: _____										
20. Muestra de laboratorio      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
22. Nombre y ubicación del laboratorio _____  _____											
<b>IV. Muestras para laboratorio</b>											
21. Tipo de muestra      día 1. _____ 2. _____ 3. _____											
<b>V. Laboratorio</b>											
23. Tipo de muestra 1. ASPIRADO TRAQUEAL 2. 3.											
24. Resultado      Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/>											
Observaciones: _____											
25. Resultado (agente) 1. 2.											
26. Se realizó investigación      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
27. Fecha de investigación <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">_____</td><td style="width: 10px;"></td><td style="text-align: center;">_____</td><td style="width: 10px;"></td><td style="text-align: center;">_____</td></tr><tr><td>día</td><td></td><td>mes</td><td></td><td>año</td></tr></table>		_____		_____		_____	día		mes		año
_____		_____		_____							
día		mes		año							
28. Nº Contactos sintomáticos <input type="checkbox"/> 0											
<b>VI. Investigación</b> 29. Evolución del caso      Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> UCI <input checked="" type="checkbox"/> X											
30. Condición final del caso      Vivo Con Discapacidad Muerto											
<b>VII. Ejecución caso</b>											

VII. Evc	31. Fecha de fallecimiento			[ ]			
					día		
VIII. Cierre caso	32. Clasificación final caso:		Confirmado	<input type="checkbox"/>	Descartado	<input type="checkbox"/>	No concluyente
	33. Confirmado por	Laboratorio	<input type="checkbox"/>	34. Diagnóstico final			[ ]
		Clínico	<input type="checkbox"/>	35 .Fecha cierre caso			
		Nexo epid.	<input type="checkbox"/>	36. Nombre responsable epid.:			
				día	mes	años	

#### OBSERVACIONES:

- 1 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

2. a 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
		CIE 10	
	Diarreico agudo con deshidratación grave u otras complicaciones	U.50	Clínico
	Febril sin foco evidente con signos de alarma	U.52	Clínico
	Febril eruptivo no vesicular (exantemático)	R.21	Clínico

<b>Síndromes</b>	Febril Ictérico Agudo	U.51	<b>Clíni</b>
	Febril Ictero Hemorrágico Agudo	U.53	<b>Clíni</b>
	Menígeo Encefálico	G04.9	<b>Clíni</b>
	Parálisis flácida aguda	U.54	<b>Clíni</b>
<b>Inmunoprevenibles</b>	Difteria	A36	<b>Labora</b>
	ESAVI	Y58-Y59	<b>Laboratori</b>
	Meningitis Meningocócica	A39.0+	<b>Labora</b>
	Poliomielitis Aguda	A80	<b>Labora</b>
	Rubeola	B06	<b>Labora</b>
	Sarampión	B05	<b>Labora</b>
	Tétanos Neonatal	A33	<b>Clíni</b>
	Tosferina	A37	<b>Labora</b>
	Brucelosis	A23	<b>Labora</b>
	Fiebre de Lassa	A96.2	<b>Labora</b>
	Hantavirus	A98.5	<b>Labora</b>
	Leptospirosis	A27	<b>Labora</b>

<b>Zoonóticas</b>	Meningitis Eosinofílica	B83.2	<b>Labora</b>
	Peste	A20	<b>Labora</b>
	Contactos con exposición de Rabia	A82	<b>Labora</b>
	Rabia Humana Urbana	A82	<b>Labora</b>
	Rabia Humana Silvestre	A82	<b>Labora</b>
<b>Enfermedades Trasmitidas por Vectores (ETV)</b>	Chagas Agudo	B57	<b>Labora</b>
	Chagas crónico	B57	<b>Labora</b>
	Fiebre Amarilla	A95	<b>Labora</b>
	Dengue con signos de alarma	A90	<b>Labora</b>
	Dengue grave	A91	<b>Labora</b>
	Paludismo (Malaria no complicada)	B50-B54	<b>Labora</b>
	Paludismo (Malaria Complicada)	B50-B54	<b>Labora</b>
<b>Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua (ETAS)</b>	Cólera	A00	<b>Labora</b>
<b>Evento inusitado</b>	Evento inusitado		<b>Labora</b>
<b>Otras</b>	Efecto tóxico de diversas sustancias ingeridas o por contacto	T60 – T65	<b>Labora</b>

<b>Virus</b>	Hepatitis C	B17.1	Labora
--------------	-------------	-------	--------

**ANA  
EMIOLÓGICA**

DERON

Parroquia

RIN

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

Años      Meses      Días

--

--

--

---

---

echa toma	
mes	año

o		Fecha entrega	Resultado
ío	día	mes	año

---

---

---

pacidad


mes       año

---

ño

---

<b>histórico</b>	<b>Ficha de investigación</b>
<b>íco</b>	<b>Si</b>
<b>íco</b>	<b>Si</b>
<b>íco</b>	<b>Si</b>





atorio	Si
--------	----