

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

I. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

No. de afiliación o expediente: _____ Folio de Caso: _____
Nombre: _____ RFC: _____ CURP: _____
 Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____

DATOS DEL NACIMIENTO

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____
 DÍA MES AÑO Sexo: M F Edad: Años ____ Meses ____ Días ____

RESIDENCIA ACTUAL

Estado _____ Jurisdicción _____ Municipio _____
 Localidad _____ Colonia _____ Calle _____ Num. Ext _____ Num. Int _____
 Teléfono: _____ Entre: Calle: _____ y calle: _____ C.P. _____

DOMICILIO LABORAL

Domicilio _____ Calle v Núm. _____ Localidad _____ Colonia _____ Teléfono: _____ Estado _____
 Municipio _____ Ocupación: _____

DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

¿Habla lengua indígena? ¿Cuál? _____ ¿Es indígena?
 Es migrante: Sí NO País de nacionalidad: _____ País de origen: _____
 Países de tránsito en los últimos tres meses: 1.- _____ 2.- _____ 3.- _____
 Otro: _____ Fecha de ingreso al país: ____/____/____
 Día Mes Año

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

Nombre de la Unidad _____ Estado _____ Jurisdicción _____
 Clave de la Unidad _____ Municipio _____ Localidad _____
 Institución _____ Delegación _____
 Fecha de solicitud de atención: ____/____/____ Fecha de notificación a la Jurisdicción: ____/____/____ Fecha de primer contacto con los servicios de salud como caso probable de dengue con signos de alarma o grave: ____/____/____
 DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO
 Fecha de inicio del estudio: ____/____/____ Fecha de notificación a la DGE: ____/____/____ **Diagnóstico probable:** _____
 DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO **Diagnóstico final:** _____
 Fecha de notificación al estado: ____/____/____ Fecha de terminación del estudio: ____/____/____ **Localización de lesiones:** _____
 DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ha salido de su lugar de residencia en las últimas cuatro semanas: Sí NO En caso de respuesta afirmativa, especifique a dónde:
LUGARES VISITADOS:
 País _____ Estado/Provincia: _____ Ciudad/Municipio: _____ Localidad: _____
 Fecha de entrada: ____/____/____ Fecha de salida: ____/____/____ Tiempo de estancia: _____
 País _____ Estado/Provincia: _____ Ciudad/Municipio: _____ Localidad: _____
 Fecha de entrada: ____/____/____ Fecha de salida: ____/____/____ Tiempo de estancia: _____
 Procedencia: De la Jurisdicción: Otra jurisdicción dentro del estado: De otro estado: De otro País:
 Clasificación: Autóctono Foráneo Importado
 Ha tenido relaciones sexuales con personas enfermas de Zika: Sí No Contacto con animales: Mosco Chinche Garrapata Otro: _____
 Existen enfermos similares en la localidad: Sí No Ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos 6 meses: Sí No
 Antecedentes de muertes inusuales de animales Sí No Equino Ave Otro _____
 Antecedente de vacunación: Fiebre amarilla: Sí No Dengue Sí No Dosis: 1a 2a 3a Esquema completo Sí No
 ¿Tiene acceso a agua potable permanente?: Sí No ¿Tiene cobertura de eliminación de basura? (al menos una vez por semana): Sí No
 ¿Ha padecido Paludismo en los últimos 3 años? Sí No ¿Ha padecido Leishmaniasis en los últimos 6 meses?: Sí No Tipo _____
 Subclasificación de caso de Paludismo: Índice Inducido Introducido Recaída Recrudescencia Foco palúdico: _____
 Subclasificación de Enfermedad de Chagas: **Crónico asintomático** **Crónico sintomático:** Cardíaco Digestivo

IV. CUADRO CLINICO (Si = 1, No = 2)

Fecha de inicio de signos y síntomas: ____/____/____	Fecha de inicio de signos de alarma: ____/____/____	Fecha de inicio de signos de dengue grave: ____/____/____	Conjuntivitis <input type="checkbox"/>	Adenomegalias <input type="checkbox"/>
Fiebre <input type="checkbox"/>	Vómito persistente <input type="checkbox"/>	Escape importante de plasma con pulso débil o indetectable <input type="checkbox"/>	Edema articular <input type="checkbox"/>	Anorexia <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio de fiebre: ____/____/____	Dolor abdominal intenso y continuo <input type="checkbox"/>	Taquicardia <input type="checkbox"/>	Prurito <input type="checkbox"/>	Cardiopatía dilatada <input type="checkbox"/>
Temperatura _____ °C	Acumulación de líquidos <input type="checkbox"/>	Extremidades frías <input type="checkbox"/>	Poliartralgias severas <input type="checkbox"/>	Chaooma de inoculación <input type="checkbox"/>
Cefalea <input type="checkbox"/>	Ascitis <input type="checkbox"/>	Lenado capilar ≥3seq <input type="checkbox"/>	Atritis <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia <input type="checkbox"/>
Mialgias <input type="checkbox"/>	Derrame pleural <input type="checkbox"/>	Presión diferencial convergente ≤ 20mmHg <input type="checkbox"/>	Diaforesis <input type="checkbox"/>	Fatiga <input type="checkbox"/>
Artralgias leves o moderadas <input type="checkbox"/>	Edema <input type="checkbox"/>	Hipotensión arterial en fase tardía <input type="checkbox"/>	Escalofríos <input type="checkbox"/>	Megacolon <input type="checkbox"/>
Dolor retroocular <input type="checkbox"/>	Sangrado de mucosas <input type="checkbox"/>	Insuficiencia respiratoria <input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas <input type="checkbox"/>	Megaesófago <input type="checkbox"/>
Exantema <input type="checkbox"/>	Gingivorragia <input type="checkbox"/>	Hematemesis <input type="checkbox"/>	Choque <input type="checkbox"/>	Miocardiopatía <input type="checkbox"/>
Náuseas <input type="checkbox"/>	Epistaxis <input type="checkbox"/>	Melena <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Signo de Romaña <input type="checkbox"/>
Vómito <input type="checkbox"/>	Letargo <input type="checkbox"/>	Metrorraquia voluminosa <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal <input type="checkbox"/>	Adinamia <input type="checkbox"/>
Torniquete positivo <input type="checkbox"/>	Irritabilidad <input type="checkbox"/>	Sangrado del SNC <input type="checkbox"/>	Hiperemia faríngea <input type="checkbox"/>	Astenia <input type="checkbox"/>
	Hipotensión postural <input type="checkbox"/>	AST o ALT ≥ 1000 UI <input type="checkbox"/>	Signos meníngeos <input type="checkbox"/>	Encefalitis <input type="checkbox"/>
	Hepatomegalia >2cm <input type="checkbox"/>	Alteraciones de la conciencia <input type="checkbox"/>	Zonas equimóticas o purpúricas <input type="checkbox"/>	Meningoitis <input type="checkbox"/>
	Aumento hematocrito <input type="checkbox"/>	Micarditis <input type="checkbox"/>	Lesiones nodulares <input type="checkbox"/>	Ictericia <input type="checkbox"/>
	Disminución de plaquetas <input type="checkbox"/>		Linfadenopatía <input type="checkbox"/>	Cefalea frontal intensa <input type="checkbox"/>
	Disminución hemoglobina <input type="checkbox"/>		Lesión de membranas mucosas <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>
Parálisis <input type="checkbox"/>			Pérdida de peso <input type="checkbox"/>	Desorientación <input type="checkbox"/>
Fotofobia <input type="checkbox"/>			Úlceras de bordes indurados, fondo limpio e indoloro <input type="checkbox"/>	Hipoacusia <input type="checkbox"/>
Disnea <input type="checkbox"/>	Lipotimia <input type="checkbox"/>	Alteraciones del gusto <input type="checkbox"/>	Dolor de espalda <input type="checkbox"/>	Somnolencia <input type="checkbox"/>
	Tos <input type="checkbox"/>	Faringitis <input type="checkbox"/>	Otitis <input type="checkbox"/>	
	Congestión nasal <input type="checkbox"/>	Hematomas <input type="checkbox"/>	Compromiso grave de otros órganos _____	Otro: _____

COMORBILIDADES U OTRAS CONDICIONES

Trastornos hemorrágicos: Diabetes: Hipertensión arterial: Enf. ulcero péptica: Enf. Renal
 Inmunosupresión: Cirrosis hepática: Embarazo: Semanas de gestación: _____ Fecha última regla: ____/____/____
 Otros: Especifique: _____

MANEJO

Ambulatorio Hospitalario Fecha de Ingreso: ____/____/____
 DÍA MES AÑO

V. DATOS DE LA UNIDAD TRATANTE

Nombre de la unidad tratante: _____ CLUES: _____
 Clave de la Unidad: _____
 Institución: _____
 Diagnóstico inicial hospitalario: _____
Servicio de atención:
 Urgencias médicas Terapia intensiva
 Medicina Interna Gineco Obstetricia
 Pediatría Otras. especifique: _____
 Terapia intermedia

VI. EVOLUCIÓN EN EL HOSPITAL

Estable Grave Mejoría

SEGUIMIENTO HEMATOLOGICO

En caso de haber datos de escape de líquidos o hemorragias, realizar:
 Fecha: ___/___/___ Hto: ___% Hb: ___gr x 100ml. Plaquetas: ___x10³ Albúmina: ___g/dl Leucocitos: ___x10³ Linfocitos: ___x10³
 Fecha: ___/___/___ Hto: ___% Hb: ___gr x 100ml. Plaquetas: ___x10³ Albúmina: ___g/dl Leucocitos: ___x10³ Linfocitos: ___x10³

Líquido cefalorraquídeo con aspecto de agua de roca: Sí No Bilirrubina directa ___mg/dL Bilirrubina total ___mg/dL
 DHL ___ U/L ALT ___ U/L AST ___ U/L

ESTUDIOS DE GABINETE:
 Fecha de ultrasonido: ___/___/___ Fecha de radiografía: ___/___/___
 Líquido perivisceral y / o en cavidad abdominal Líquido en cavidad torácica Megacolon Megaesófago

DATOS DE EGRESO Fecha de egreso: ___/___/___ Alta por mejoría: Alta voluntaria: Defunción: Fecha de defunción: ___/___/___
 Folio de certificado de defunción: ___ Fecha de dictaminación: ___/___/___ Dictamen: ___

VII. ESTUDIO DE LABORATORIO:

Arbovirus
 Se tomó muestra para laboratorio: Sí No Fecha de toma: ___/___/___ Fecha de recepción: ___/___/___

FASE AGUDA (0-5 días de evolución)
RT-PCR Triplex
 Zika + - Cq Genotipo
 Chik + - Cq Genotipo
 Dengue + - Cq Serotipo Cq Genotipo
 + - NS¹ Serotipo Cq Genotipo
 Fecha de resultado: ___/___/___

FASE CONVALESCIENTE
ELISA captura IgM
 (6 a 30 días) Zika + -
 Mujeres embarazadas (6 a 12 días) Chik + -
 (6 a 14 días) Dengue + -
 Fecha de resultado: ___/___/___

Referencia InDRE
MAC- ELISA
 Zika + -
 Chik + -
 Dengue + -
 Fecha de resultado: ___/___/___

Muestra rechazada: Causa: Lipémica: Hemolizada: Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra: ___

Fiebre Amarilla Fecha de toma: ___/___/___ Fecha de recepción: ___/___/___

RT-PCR-Tiempo Real Resultado + - Cq Genotipo + - Fecha de resultado: ___/___/___
 Muestra rechazada: Causa: Lipémica: Hemolizada: Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra: ___

MAC- ELISA Fecha de resultado: ___/___/___

Fiebre de Mayo Fecha de toma: ___/___/___ Fecha de recepción: ___/___/___ Resultado: + - Cq Genotipo
 RT-PCR Tiempo Real Muestra rechazada: Causa: Lipémica: Hemolizada: Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra: ___

Encefalitis Equina Venezolana

RT-PCR Tiempo Real
 Suero Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + - Genotipo + -
 LCR Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + - Genotipo + -
 Biopsia Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + - Genotipo + -
 Muestra rechazada: Causa: Lipémica: Hemolizada: Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra: ___

MAC- ELISA

Fiebre del Nilo Occidental

RT-PCR en Tiempo Real
 Suero Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + - Genotipo + -
 LCR Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + - Genotipo + -
 Biopsia Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + - Genotipo + -
 Muestra rechazada: Causa: Lipémica: Hemolizada: Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra: ___

MAC- ELISA

Paludismo Diagnóstico por PDR Fecha de toma: ___/___/___ Fecha de resultado: ___/___/___ + - Especie: *P. vivax* *P. falciparum*
 Diagnóstico por microscopía Fecha de toma: ___/___/___ Fecha de recepción: ___/___/___ Fecha de resultado: ___/___/___ + -
 Especie: *P. vivax* *P. falciparum* Otra: ___ Densidad Parasitaria: EAS/μl ___ ESS/μl ___ Clave de la laminilla: ___
Seguimiento de caso Fechas de toma y resultado: ___/___/___ + - EAS/μl ___ ESS/μl ___
 EAS/μl ___ ESS/μl ___; ___/___/___ + - EAS/μl ___ ESS/μl ___
 EAS/μl ___ ESS/μl ___; ___/___/___ + - EAS/μl ___ ESS/μl ___
 Muestra rechazada: Causa: Cantidad insuficiente de sangre Laminilla destruida Fijada

Leishmaniásis

Tipo de Muestra	F. Toma	F. Recepción	M. Rechazada	Causa de rechazo	F. Rechazo	F. Resultado	Resultado
Impronta	___/___/___	___/___/___	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Frotis	___/___/___	___/___/___	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Extendido de médula ósea	___/___/___	___/___/___	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Suero	___/___/___	___/___/___	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Laminillas	___/___/___	___/___/___	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Papel filtro	___/___/___	___/___/___	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>

Enfermedad de Chagas

Tipo de Muestra	F. Toma	F. Recepción	M. Rechazada	Causa de rechazo	F. Rechazo	F. Resultado	Resultado
Gota gruesa/extendido	___/___/___	___/___/___	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Sangre total o capilar	___/___/___	___/___/___	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Suero Muestra 1	___/___/___	___/___/___	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Suero Muestra 2	___/___/___	___/___/___	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>

Rickettsiosis

Tipo de Muestra: Suero 1a. toma ___/___/___ F. Toma ___/___/___ F. Recepción ___/___/___ M. Rechazada Si No Causa de Rechazo Causa F. Rechazo ___/___/___ F. Resultado ___/___/___
 Suero 2a. toma ___/___/___ F. Toma ___/___/___ F. Recepción ___/___/___ M. Rechazada Si No Causa de Rechazo Causa F. Rechazo ___/___/___ F. Resultado ___/___/___
 Sangre con anticoagulante ___/___/___ F. Toma ___/___/___ F. Recepción ___/___/___ M. Rechazada Si No Causa de Rechazo Causa F. Rechazo ___/___/___ F. Resultado ___/___/___
 Órgano o biopsia (especifique) ___/___/___ F. Toma ___/___/___ F. Recepción ___/___/___ M. Rechazada Si No Causa de Rechazo Causa F. Rechazo ___/___/___ F. Resultado ___/___/___
 Líquido cefalorraquídeo ___/___/___ F. Toma ___/___/___ F. Recepción ___/___/___ M. Rechazada Si No Causa de Rechazo Causa F. Rechazo ___/___/___ F. Resultado ___/___/___

Serología 1a. toma + - Resultado ___/___/___ Titulación ___/___/___ F. Resultado ___/___/___ F. Envío InDRE ___/___/___
 Serología 2a. toma + - Resultado ___/___/___ Titulo: ___/___/___ F. Resultado ___/___/___ F. Envío InDRE ___/___/___
 Resultado Inmunofluorescencia indirecta + - Resultado ___/___/___ Indeterminado Rickettsia spp Cq
 PCR Tiempo Real + - Resultado ___/___/___ Indeterminado Rickettsia spp Cq
 Resultado final laboratorio + - Resultado ___/___/___ Indeterminado Rickettsia spp Cq

InDRE
 PCR Tiempo Real especie F. Recepción ___/___/___ Especie ___/___/___ Cq F. Resultado ___/___/___

VIII. TRATAMIENTO

¿Recibió Tratamiento? Paludismo Si No Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de término: ___/___/___ Tratamiento empleado Primaquina Cloroquina Otro: ___
 Rickettsiosis Si No Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de término: ___/___/___ Doxiciclina Cloranfenicol Otro: ___
 Enf. Chagas Si No Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de término: ___/___/___ Benznidazol Nifurtimox Otro: ___
 Leishmaniásis Si No Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de término: ___/___/___ Sistémico Termocicruga Antimoniales Anfotericinas Intravesical

IX. ESTUDIO DE CASOS SIMILARES

NOMBRE	DOMICILIO	EDAD	SEXO		CASO
			M	F	

X. OBSERVACIONES Y FIRMAS

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LLENÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZÓ LA CAPTURA O ENVÍO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA

Nota: Las fechas se pondrán en el siguiente orden **día/mes/año**