



# Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dirección General de Epidemiología

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Módulo de Vigilancia Especial

Formulario Unico de Notificación Individual de Caso



## DATOS DEL NOTIFICADOR

Centro notificador \_\_\_\_\_ Fecha de atención \_\_\_\_\_

No. de expediente \_\_\_\_\_

## DATOS DEL ENFERMO

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Nombre del Responsable si es menor de edad \_\_\_\_\_

Sexo: 1.  Masculino 2.  Femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ años Si es <1 año \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ Días \_\_\_\_ Horas

Embarazada: 1.  Si 2.  No Semanas de amenorrea \_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Código de ocupación \_\_\_\_\_

No. de cédula: \_\_\_\_\_ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No Afiliado

ARS \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_

## Dirección de residencia habitual en República Dominicana

Calle y №. \_\_\_\_\_ Lugar(es) de referencia(s): \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Distrito Municipal: \_\_\_\_\_

Sección: \_\_\_\_\_ Barrio o paraje \_\_\_\_\_ Sub-barrio \_\_\_\_\_

Area: 1. Urbano 2. Rural País de procedencia: 1. Republica Dominicana 2. Otro \_\_\_\_\_ Telefonos \_\_\_\_\_

Colectivo al que pertenece: 1. Centro educativo 2. Centro laboral 3. Hotel 4. Cárcel 5. Recinto militar 6. Hogar de cuidado 7. Albergue 8. Centro de salud 9. Comunidad

Nombre del colectivo: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA ENFERMEDAD

Recibió atención médica? 1. Si 2. No Tipo de atención: 1. Ambulatorio 2. Hospitalización 3. En domicilio

Nombre de la enfermedad sospechada: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Semana Epidemiologica: \_\_\_\_\_

## SIGNOS Y SINTOMAS

Generales o sistémicos	Mucosa y Piel	Respiratorios y cardiovasculares	Gastrointestinales y renales	Neurológicos	Hemorrágicos/Hemáticos
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival	<input type="checkbox"/> Tos seca	<input type="checkbox"/> Sialorrea	<input type="checkbox"/> Rigidez de nuca	<input type="checkbox"/> Sangrado conjuntival
<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Lesión laríngea	<input type="checkbox"/> Tos productiva > 14 días	<input type="checkbox"/> Nauseas	<input type="checkbox"/> Rigidez	<input type="checkbox"/> Sangrado nasal
<input type="checkbox"/> Sudoración excesiva	<input type="checkbox"/> Lesión faríngea	<input type="checkbox"/> Tos paroxística	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sangrado por encías
<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Lesión nasal	<input type="checkbox"/> Rinorrea/Coriza	<input type="checkbox"/> Diarrea no acuosa	<input type="checkbox"/> Signo de Kernig	<input type="checkbox"/> Sangre en el esputo
<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Diarrea acuosa	<input type="checkbox"/> Signo de Brudzinski	<input type="checkbox"/> Vómitos de sangre
<input type="checkbox"/> Cansancio	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Estridor	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Signo de Babinski	<input type="checkbox"/> Sangrado genital
<input type="checkbox"/> Postración	<input type="checkbox"/> Torniquete positivo	<input type="checkbox"/> Cianosis	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Sangre en heces
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Erupción maculopapular	<input type="checkbox"/> Congestión Nasal	<input type="checkbox"/> Distensión abdominal	<input type="checkbox"/> Fontanela abombada	<input type="checkbox"/> Orina color café
<input type="checkbox"/> Perdida de apetito	<input type="checkbox"/> Erupción vesicular	<input type="checkbox"/> Estornudo	<input type="checkbox"/> Calambre abdominal	<input type="checkbox"/> Alteración conciencia	<input type="checkbox"/> Petequias
<input type="checkbox"/> Perdida de peso	<input type="checkbox"/> Fec. inicio erupción _____	<input type="checkbox"/> Estertores crepitantes	<input type="checkbox"/> Ins. Hepática	<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Equimosis
<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Manchas de Koplix	<input type="checkbox"/> Sibilancia	<input type="checkbox"/> Ins. Renal Aguda	<input type="checkbox"/> Alteración de la conducta	<input type="checkbox"/> Púrpura
<input type="checkbox"/> Deshidratación	<input type="checkbox"/> Erupción cara	<input type="checkbox"/> Dis. Murmullo vesicular	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Hidrofobia	<input type="checkbox"/> Ascitis
<input type="checkbox"/> Dolores articulares	<input type="checkbox"/> Erupción tórax	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Fotofobia	<input type="checkbox"/> Hemoconcentración
<input type="checkbox"/> Dolores musculares	<input type="checkbox"/> Heridas ≤30 días previos	<input type="checkbox"/> Hipotensión	<input type="checkbox"/> Ins. Hepática	<input type="checkbox"/> Trismos	<input type="checkbox"/> Leucopenia
<input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla	<input type="checkbox"/> Agresión animal	<input type="checkbox"/> Taquipnea	<input type="checkbox"/> Ins. Renal Aguda	<input type="checkbox"/> Opistotonos	<input type="checkbox"/> Leucocitosis
<input type="checkbox"/> Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> Agresión animal	<input type="checkbox"/> Dolor del pecho/espalda		<input type="checkbox"/> Espasmos	<input type="checkbox"/> Trombocitopenia
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Dolor/parestesia en sitio de agresión	<input type="checkbox"/> Derame pleural		<input type="checkbox"/> Risa sardónica	<input type="checkbox"/> LCR turbio
<input type="checkbox"/> Dolor del cuerpo		<input type="checkbox"/> Frote pericardico		<input type="checkbox"/> Dificultad de succión en RN	<input type="checkbox"/> LCR claro
<input type="checkbox"/> Edema de cuello				<input type="checkbox"/> Parálisis espástica	
<input type="checkbox"/> Adenopatía				<input type="checkbox"/> Parálisis flácida , Fecha inicio de parálisis _____	

Otros signos y/o síntomas: \_\_\_\_\_

COMORBILIDAD:  Desnutrición  Sobre peso/obesidad  Enfermedad respiratorio crónica  Enfermedad cardiovascular  Diabetes  Cáncer Otra \_\_\_\_\_

Se tomó muestra para confirmación? 1.  Si 2.  No Fecha toma de muestra \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Antibioterapia previa muestra: 1.  Si 2.  No Fecha de antibioterapia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Condición del paciente : 1.  Vivo 2.  Muerto En caso de fallecimiento registre el certificado Folio No. \_\_\_\_\_ Fecha fallecimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Causas de muerte en el certificado

A \_\_\_\_\_

B \_\_\_\_\_

C \_\_\_\_\_

D \_\_\_\_\_

Nombre de quien notifica \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha de notificación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## OBSERVACIONES

**ANTECEDENTES DE RIESGO DE INFECCION**

Contacto con otro caso antes del inicio de los síntomas <sup>1</sup>	1.( )Si 2.( )No 3.( )No sabe	Fecha de inicio	Fecha de fin
Contacto con otro caso confirmado antes de inicio de los síntomas <sup>1</sup>	1.( )Si 2.( )No 3.( )No sabe	___/___/___/	___/___/___/
Caso sospechoso o probable en el área antes de este caso	1.( )Si 2.( )No 3.( )No sabe		
Caso confirmado en el área antes de este caso	1.( )Si 2.( )No 3.( )No sabe		
Numero de personas convivientes _____	Número de habitaciones para dormir: _____		
Historia de viaje antes del inicio de los síntomas	1.( )Si 2.( )No 3.( )No sabe	Inicio ___/___/___/	Fin ___/___/___/
Lugar(es) visitados: _____			
Si es viajero internacional: Fecha de llegada ___/___/___ Línea(s) aerea(s) _____ Vuelo _____ Fecha de salida ___/___/___ Línea(s) aerea(s) _____ Vuelo _____			

**ANTECEDENTES DE VACUNACION O PROFILAXIS (Si hay sospecha de enfermedad prevenible por vacuna o quimioprofilaxis)**

Nº de dosis	Fecha de última dosis	Nº de dosis	Fecha de última dosis	Fecha de última dosis
Antisarampionosa: _____	___/___/___	Anti Polio: _____	___/___/___	BCG _____
SRP: _____	___/___/___	DT: _____	___/___/___	Influenza _____
Pentavalente: _____	___/___/___	DPT: _____	___/___/___	Fiebre amarilla _____
Antirrábica: _____	___/___/___	Pentavalente: _____	___/___/___	Otra: _____
Hepatitis B: _____	___/___/___	Rotavirus _____	___/___/___	
Quimioprofilaxis: 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No		Fecha de quimio: _____/_____/_____	Fármaco empleado _____	
<b>Si es tétano neonatal:</b> N° Chequeos prenatales _____ N° de dosis Toxoide Tetánico(TT) _____ Fecha de última dosis TT ___/___/___				
Centro de salud que realizó el chequeo prenatal _____ Lugar del parto 1.( ) Centro de salud 2.( ) Casa				

**Si es RN de madre VIH(+):** Parto: 1.( ) Cesarea 2.( ) Vaginal      Antirretroviral-madre: 1.( ) Si 2.( ) No      Antirretroviral-RN: 1.( ) Si 2.( ) No

Tipo de lactancia del RN: ( ) Materna ( ) Sustituta

**RIESGOS AMBIENTALES (si hay sospecha de enfermedad relacionada con animales, vectores u otro riesgo ambiental)**

¿Ha tenido contacto o exposición con animales? 1.( ) Si 2.( ) No      ¿Esta el animal localizable? 1.  Si 2.  No

**Especie del animal:**  Perro  Gato  Cerdo  Cabra  Chivo  Vaca  Caballo  Oveja  Ave de corral  Ave silvestre  Murciélagos  Otro \_\_\_\_\_

¿Hay roedores en su vivienda o sus alrededores? 1.  Si 2.  No      ¿Hay criaderos de mosquitos en su vivienda o sus alrededores? 1.  Si 2.  No

¿Se baño o expuso a ríos, canales, lagunas o aguas estancadas en los 30 días previo al inicio de los síntomas? 1.  Si 2.  No

Lugar de baño o exposición a aguas contaminadas: \_\_\_\_\_      **Actividad de riesgo:** 1.  Si 2.  No

**Tipo de actividad:**  Trabajo agrícola  Cría de animales  Matadero  Trabajo con alcantarilla  Trabajo en minas  Rescate  Trabajador de salud  Otra \_\_\_\_\_

**SI ES CASO SOSPECHOSO DE RABIA**

**Fecha de mordedura o exposición rábica:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      **a) Tipo de agresión:** 1.( ) Mordedura 2.( ) Arañazo 3.( ) Lamedura

**b) Tipo lesión:** 1.( ) Única 2.( ) Múltiple      **c) Nivel lesión:** 1.( ) Superficial 2.( ) Profunda

**d) Localización de agresión:** 1.  Cabeza 2.  Tronco 3.  Ext. superiores 4.  Ext. inferiores 5.  Palma de la mano 6.  Planta de los pies

**ACCIONES DE CONTROL**

¿Se realizó búsqueda activa de casos? 1.  Si 2.  No      Nº Viviendas visitadas: \_\_\_\_\_ Nº Casos identificados: \_\_\_\_\_ Código de caso primario \_\_\_\_\_

¿Se aplicaron las medidas de control? 1.  Si 2.  No      Fecha de inicio acciones \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Fecha de fin de acciones \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Número de contactos identificados: \_\_\_\_\_      Número de contactos con quimioprofilaxis o vacunación aplicada según sea el caso: \_\_\_\_\_

**CONCLUSION DE CASO**

**Diagnostico final:** \_\_\_\_\_      **Clasificación clínica** \_\_\_\_\_

**Fuente de detección:** 1.  Notificación pasiva 2.  Búsqueda institucional 3.  Búsqueda comunitaria 4. Medio comunicacion 5. Otra

**Clasificación final de caso:** 1.  Confirmado 2.  Probable 3.  Sospechoso      Confirmado por: 1.( ) Laboratorio 2.( ) Nexo epidemiológico 3.( ) Clínica

**Tipo de caso:** 1.  Primario 2.  Coprimario 3.  Secundario      **Origen de caso** 1.  Autotono 2.  Importado

**Evolución clínica del caso:** 1.  Curacion 2.  Secuela 3.  Defunción 4.  Desconocida

**Paciente estuvo grave:** 1. Si 2. No      Hospitalización en UCI 1.( ) Si 2.( ) No

**Si falleció**      **Fecha de defunción** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/      **No. Folio certificado** \_\_\_\_\_

Necropsia 1.  Si 2.  No      Lugar de necropsia \_\_\_\_\_      Auditoria del Caso 1.( ) Si 2.( ) No

Epidemiólogo(a) que realizó la investigación: \_\_\_\_\_      Fecha de fin de investigación \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Estatus de investigación: 1.  Completa 2.  Incompleta      Nivel del cierre de la investigación: 1.  Local 2.  Provincial 3.  Central