SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SIVA 0204001 - F-AP2-2

Secretaría de Salud 09
Programas Preventivos y Control de Enfermedades 02
Paludismo 02

02 Servicio o Intervención por Vectores y otros Artropodos
04 Control Vectorial
001 Concentrado de Revisión de Pabellones

FOLIO SIVA F-AP2:

Municipio: _____ Código: | | | | | | | |

Localidad: _____ Código: | | | | | | | |

Distrito: _____ Sector: _____ **Fecha de la entrega:** ___ / ___ / _____ **Fecha de la encuesta:** ___ / ___ / _____

Servicio de Origen: ◯ Programa ◯ Operativo ◯ Proyecto

Nombre del Servicio Origen:_____

Concentrado

1. Viviendas con pabellones en uso: _____ Viviendas con pabellones sin uso: _____

1.1 Pabellones entregados en casas encuestadas: _____ Pabellones en uso en casas encuestadas: _____

2. ¿Qué caracteristicas le dijeron que tienen los pabellones entregados?

No se acercan los mosquitos: _____ Que está impregnado: : _____ El material: _____ Ninguna: _____

3. ¿Qué indicación recibió para su uso?

Caracteristicas de colocacíon y cuidado: _____ Que está impregnado: _____ Otro: _____ Ninguna: _____

4. ¿Qué no le gusta del pabellón?

La irritacón: _____ Todo le gusta: _____ Otro: _____

5. Molestias por el uso del pabellón **5.1 ¿Cuál?**

Sí: _____ No: _____ Irritación: _____ Otra: _____

6. ¿Ya lavó su pabellón? **6.1 ¿Por qué?**

Sí: _____ No: _____ Irritación: _____ Otra: _____

7. ¿A notado insectos muertos en el pabellón?

Sí: _____ No: _____

8. Uso de pabellones con anterioridad

Sí: _____ No: _____

9. Diferencias a dormir sin pabellón Sí: _____ No: _____ **9.1 ¿Cuáles?**

No se acercan los mosquitos: _____ Irritación: _____ Se sofoca: _____ Ninguna: _____

10. Diferencia con el pabellón anterior

Irritación: _____ Material: _____ No se acercan los mosquitos: _____ Ninguna: _____

11. ¿Quíen no duerme con pabellón en su casa?

Niños: _____ Adultos: _____ Ancianos: _____

12. ¿En su casa alguién a sufrido paludismo?

Niños: _____ Adultos: _____ Ancianos: _____

(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que realiza el servicio

Código EOSS (CLUES o Brigada): | | | | | | | | | | | | | | | Nombre:_____
Código POSS: | | | | | | | | | | | | | | | | Nombre:_____

(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que supervisa el servicio

Código EOSS (CLUES o Brigada): | | | | | | | | | | | | | | | Nombre:_____
Código POSS: | | | | | | | | | | | | | | | | Nombre:_____

Supervisión: Directa ◯
Indirecta ◯