Guía rápida para el llenado del formato C1- Estudio Epidemiológico del caso

Investigación Epidemiológica del Caso
- **Fecha:** 2 dígitos para el día, 2 para el mes y 4 para el año.
- **Hora:** Formato de 24 hrs. 2 dígitos para horas y minutos.

Distrito y sector
Anotar el número y nombre del distrito y sector trabajado.

POSS - Persona Operativa de los Servicios de Salud
- **Código EOSS:** Nombre de la brigada o unidad.
- **Código POSS:** Nombre del personal que ATIENDE al paciente. Hay 2 apartados en caso de que el paciente sea atendido por mas de una persona.

Ocupación
Anotar la ocupación del paciente, en caso de no de no ser uno de los mencionados, escribirlo en el campo "Otro".

Antecedentes relevantes
Anotar el mayor número de datos posibles.

Paludismo

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

01 Servicio o Intervención a Personas
01 Vigilancia Epidemiológica
005 Estudio Epidemiológico de Casos

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

SIPE 0201005- **C1**

Investigación Epidemiológica del Caso
Fecha del servicio: 12 / 09 / 2013 Hora: 12 : 30

Distrito: 1 saltillo
Sector: 1 saltillo

FOLIO SIPE-C1: 05 08 - 0000245 - 1
FOLIO SIPE-N1 CASO: ____ – ____

(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que realiza la investigación
Código EOSS(CLUES o Brigada): Nombre: Brigada 1 Saltillo
Código POSS: Nombre: Oscar Reyes

Datos de la Persona Destinataria de los Servicios de Salud (PDSS)
Apellido paterno García Apellido materno Miranda Nombre (s) Miguel Arturo
Fecha de nacimiento: 14 / 06 / 1987 Sexo: Masculino ☒ Femenino ○ Peso: 70 kgs. No. convivientes: 9

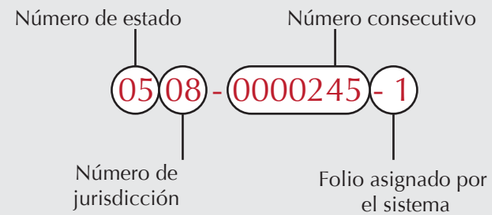
(DDSS) Domicilio Destinatario de los Servicios de Salud
Código DDSS/CNEP: 9 Estado: Coahuila Código
Municipio: Saltillo Código Localidad/Colonia: Saltillo Código
Calle: Robles domínguez Código
No. exterior: 218 No. interior: ____ Sector: ____ Manzana: ____ Código Postal: 07270

Ocupación:
Ama de casa ○ Estudiante ○ Obrero ○ Comerciante ○ Profesionista ○ Desempleado ☒ Otra ____

(DRDSS) Domicilio de Referencia del Destinatario de los Servicios de Salud
Laboral ○ Escolar ○ Código DDSS/CNEP:
País: Código Estado: Código
Municipio: Código Localidad/Colonia: Código
Calle: Código Fraccionamiento: Código
No. exterior: ____ No. interior: ____ Sector: ____ Manzana: ____ Código Postal: ____ Edificio: ____ Piso: ____

Antecedentes relevantes
¿Está embarazada? Sí ○ No ☒
Ha tenido paludismo en los últimos 3 años: Sí ○ No ☒ Fecha de paludismo anterior: ___ / ___ / ____
Recibió medicamento: Sí ○ No ○ Suspensión del medicamento: Sí ○ No ○ Motivo: ____
Ha recibido tratamiento profiláctico: Sí ○ No ○ Fecha del tratamiento: ___ / ___ / ____
Lugar donde residía cuando le dio paludismo:
País: Código Estado: Código
Municipio: Código Localidad/Colonia: Código
Ha recibido tranfusión sangre: Sí ○ No ☒ Fecha de última tranfusión: ___ / ___ / ____
Donador: Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)
Código DDSS/CNEP: Estado: Código
Municipio: Código Localidad/Colonia: Código
Calle: Código
No. exterior: ____ No. interior: ____ Sector: ____ Manzana: ____ Código Postal: ____ No. de teléfono: ____
Lugar de la transfusión:
Nombre de la institución(banco de sangre): ____
País: Código Estado: Código
Municipio: Código
Ha donado sangre: Sí ○ No ☒ Fecha de la donación: ___ / ___ / ____ Nombre de la institución (banco de sangre): ____

Estructura de los folios



PDSS - Persona Destinataria de los Servicios de Salud
Anotar el mayor número de datos posibles de la persona visitada.

DDSS - Domicilio Destinatario de los Servicios de Salud
Anotar el mayor número de datos posibles del domicilio.
- **Calle:** En caso de que la calle no tenga nombre, anotar

DRDSS - Domicilio de Referencia del Destinatario
Este campo se llenará unicamente cuando se pueda obtener el domicio de trabajo o estudio del paciente.
Anotar el mayor número de datos posibles del domicilio.
- **Calle:** En caso de que la calle no tenga nombre, anotar en este campo una referencia de ubicación.

Frente del formato

CENAPRECE
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

eCollS
electronic Collaboration Services

Guía rápida para el llenado del formato C1- Estudio Epidemiológico del caso

Traslados dentro y fuera de país

Llenar la mayor cantidad de datos posibles en esta si el paciente realizo traslados en los últimos 3 meses.

Lugar donde se presentó el ataque

Escribir el número de ataques (episodios de fiebre), cada uno con fecha y lugar en donde se encontraba.

Tratamiento

- **Tratamiento indicado:** Seleccionar únicamente una opción.
- **Medicamento y dosis:** Seleccinar únicamente una opción por cada medicamento.

Paludismo

Traslados dentro y fuera del país

Viaja con frecuencia: Sí ○ No ☒ Ha visitado lugares en el último mes: Sí ○ No ☒

Último lugar visitado:

País:_____ Código ☐☐☐ Estado:_____ Código ☐☐☐

Municipio:_____ Código ☐☐☐☐ Localidad/Colonia:_____Código ☐☐☐☐☐☐

Fecha de llegada: ___ / ___ / _____ Fecha de salida: ___ / ___ / _____ Supo si había personas con: Fiebre ○ Paludismo ○

Contacto con mosquito (zancudo) : Sí ○ No ○

Penúltimo lugar visitado:

País:_____ Código ☐☐☐ Estado:_____ Código ☐☐☐

Municipio:_____ Código ☐☐☐☐ Localidad/Colonia:_____Código ☐☐☐☐☐☐

Fecha de llegada: ___ / ___ / _____ Fecha de salida: ___ / ___ / _____ Supo si había personas con: Fiebre ○ Paludismo ○

Contacto con mosquito (zancudo) : Sí ○ No ○

Resumen de Historia Clínica

Número de ataques: 1

		Lugar donde se presentó el ataque		
		Lugar de residencia	Última localidad visitada	Penúltima localidad visitada
Último ataque:	10 / 09 / 2013	☒	○	○
4to ataque al último:	___ / ___ / _____	○	○	○
3er ataque al último:	___ / ___ / _____	○	○	○
2do ataque al último:	___ / ___ / _____	○	○	○
Fecha de infección:	___ / ___ / _____	○	○	○

Determinación de fecha probable por:	Periodo de incubación	☒
	Según época mas propicia	○
	Periodo de transfusión	○
Lugar probable de infección:	Localidad de residencia	☒
	Última localidad visitada	○
	Penúltima localidad visitada	○
Clasificación del caso:	Autóctono	☒
	Importado	○

Tratamiento

Tratamiento indicado paludismo actual

Cura radical en 7 días ○ Cura radical en 14 días ☒

TDU 3x3x1½ ○ Otro: _____

Fecha de inicio: 12 / 09 / 2013

Medicamento y dosis:

	½	1	1½	2	2½	3	3½	4
CLOROQUINA	○	○	○	○	○	☒	○	○
PRIMAQUINA 5mg	○	○	○	○	○	○	○	○
PRIMAQUINA 15mg	○	○	○	○	○	○	○	☒

Seguimiento del caso

Fecha de visita	Medicamento y dosis: CLOROQUINA ½	1	1½	2	2½	3	3½	4	PRIMAQUINA 5mg	15mg	½	1	1½	2	2½	3	Intolerancia al tratamiento: Náusea/ vomito	Gastralgia	Diarrea	Cefalea	Mareos	Cianosis	Otra rojiza	Otro	Baja: Migración	Defunción	Renuencia	Curación	Otro	Muestra: Sí	No	Folio SIPE-N1
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
___ / ___ / _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Dosis: Completo ○ Incompleto ○

Suspensión del medicamento: Sí ○ No ○ Motivo: _____

Determinación de fecha probable por, Lugar probable de infección y Clasificación del caso

Marcar únicamente una oópcin por cada una de estas secciones.

Seguimiento del caso

No llenar esta sección.

Vuelta del formato

CENAPRECE

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

eColls electronic Collaboration Services