

Guía rápida para el llenado del formato N1- Investigación de Casos Probables

Nombre del formato

Frente del formato

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

01 Servicio o Intervención a Personas
01 Vigilancia Epidemiológica
002 Investigación de Casos Probables

SIPE 0201002-N1

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

Servicio de origen: Programa Proyecto Operativo

Nombre del servicio de origen: _____

Inicio del servicio
Fecha: 12/04/2013 Hora: __:__:__ Distrito: _____
Tipo de servicio: Búsqueda Seguimiento Sector: _____

FOLIO SIPE-N1: 05 08 - 0000245 - 1

FOLIO SIPE-N1 CASO: _____ - _____
Número de muestra: _____

(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que realiza el servicio
Código EOSS (CLUES o Brigada): _____ Nombre: Brigada No.2 Paludismo
Código POSS: _____ Nombre: Pedro Martínez

(DDSS) Domicilio Destinatario de los Servicios de Salud
Código DDSS/CNEP: _____ 87
Municipio: Sathillo Código _____ Localidad/Colonia: El Salvador Código _____
Calle: Venustiano Carranza Código _____
No. Exterior: 87 No. Interior: _____ Sector: 0022 Manzana: 0090 Código Postal: 07894

(PDSS) Persona Destinataria de los Servicios de Salud
Con Código PDSS _____ Fecha de nacimiento: 12/08/1982 Sexo: Masculino Femenino Peso: 70 kgs.
Apellido paterno: Delgado Apellido materno: Ramirez Nombre (s): Norma Leticia
Estanda: Residente Temporal Período de estancia: Días antes: 20 Días después: _____ Indefinido:
Procedencia: Local Estatal Nacional Extranjero

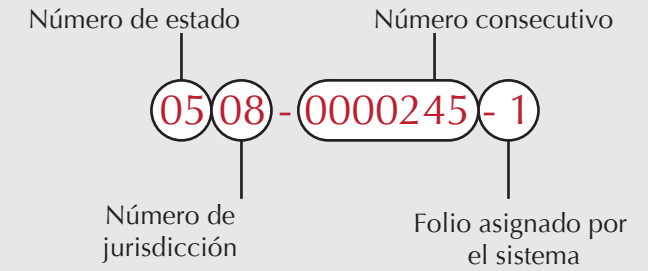
| Síntomas: | Fiebre: | Tratamiento Supresivo |
|--|--|--|
| Fiebre <input checked="" type="checkbox"/> | Actual <input checked="" type="checkbox"/> | Con medicamento: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Sudoración <input checked="" type="checkbox"/> | Reciente <input type="checkbox"/> | Ministrado <input checked="" type="checkbox"/> Suministrado <input type="checkbox"/> |
| Escalofrío <input checked="" type="checkbox"/> | Fecha de inicio: <u>10/04/2013</u> | Motivo: _____ |
| Cefalea <input type="checkbox"/> | | |
| Otro _____ <input type="checkbox"/> | | |

Medicamento y dosis:

| | ¼ | ½ | 1 | 1½ | 2 | 2½ | 3 | 3½ | 4 |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| CLOROQUINA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PRIMAQUINA 5 mg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PRIMAQUINA 15 mg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

0902-SIPE 0201002-2 v2.0

Estructura de los folios



Anotar el número de folio del caso **únicamente** cuando el "Tipo de servicio" sea "Búsqueda".

Anotar el número consecutivo de muestra personal.

Tratamiento

- **Síntomas:** Marcar y/o anotar los síntomas presentados
- **Fiebre:** Actual, si se presentó a los 4 días anteriores a la visita. Reciente, si se presentó del quinto día y hasta los 30 días posteriores a la visita.
- **Con medicamento:** Ministrado, si la persona ingiere el medicamento en nuestra presencia. Suministrado, si el medicamento se le deja a la persona para su ingesta posterior.
- **Medicamento y dosis:** Marcar el número de tabletas que dan a la persona.

Inicio del Servicio

- **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.
- **Tipo de servicio:** Tachar búsqueda cuando se realicen pesquizas. Tachar seguimiento cuando la muestra sea relacionada con un caso confirmado.

POSS - Persona Operativa de los Servicios de Salud

- **Código EOSS:** Nombre de la brigada o unidad.
- **Código POSS:** Nombre del personal.

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 en este campo una referencia de ubicación.

PDSS - Persona Destinataria de los Servicios de Salud

- Anotar el mayor número de datos posibles de la persona visitada.
- **Estanda:** En caso de ser "Residente" el campo de "Período de estancia" se dejara en blanco.
- **Período de estancia:** Si no sabe cuantos días después permanecerá en el domicilio se tachara "Indefinido" y el campo "Días después" se dejará en blanco.

Vuelta del formato

Tutor o testigo de la Persona Destinataria de los Servicios de Salud

Código PDSS: _____ Sin Código PDSS Sexo: Masculino Femenino

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____

Tipo de ID: Sin ID Relación: Padre/Madre Otro familiar
IFE Padrastro/Madrastra Profesor(a)
Pasaporte Hijo(a) Conocido(a)
Oportunidades Tío(a) Vecino(a)
Cartilla de salud Abuelo(a)

Clave: _____

(DDSS) Domicilio Destinatario de los Servicios de Salud * Llenar en caso de no ser residente del domicilio trabajado

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: _____

Referencia del DDSS: _____

Tutor o testigo de la Persona Destinataria de los Servicios de Salud

Este campo se llenará únicamente cuando la persona tratada sea menor de edad, de capacidades diferentes o adulto mayor. Anotar el mayor número de datos posibles del domicilio.

DDSS - Domicilio Destinatario de los Servicios de Salud

Este campo se llenará únicamente cuando la persona tratada NO sea residente del domicilio trabajado. 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.



CENAPRECE
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES



Paludismo