

PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA

A U T O R I Z A C I Ó N

ELABORÓ: _____ HOSPITAL REGIONAL LA BARCA

APROBÓ: _____
RÚBRICA
 DR. DAVID E. URSUA DE ALBA
 SUBDIRECTOR MEDICO

AUTORIZÓ: _____
RÚBRICA
 DR. EDUARDO SAMUEL CARBALLO TRIANA
 DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL LA BARCA

Hospital Regional La Barca

	CÓDIGO:	DOM-P314-HR5_002
FECHA DE	DOCUMENTACIÓN:	9 MAYO 2006
	ACTUALIZACIÓN:	JUNIO/2015
	AUTORIZACIÓN:	30 JULIO 2015
	NIVEL DOCUMENTAL:	II
	VERSIÓN:	
	CLAVE:	

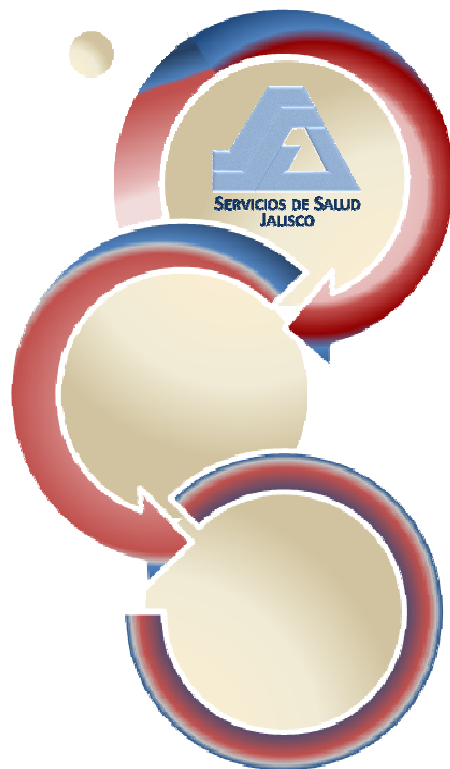
Sello
DOCUMENTO DE REFERENCIA

El Presente procedimiento Sí cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.

Sello

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Hospital Regional La Barca
 Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
 Fecha de Publicación 06 agosto 2015





1.- Objetivo

Dar a conocer a todo el personal de la institución los criterios para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en padecimientos, eventos y situaciones de emergencia que afectan o ponen en riesgo la salud humana.

Límites del procedimiento:

- Inicia.
- 1.- El encargado de epidemiología acude a hospitalización y urgencias para detectar probables casos de infección.
 - 2.- El médico de hospitalización y urgencias llena el formato epidemiológico correspondiente.
 - 3.- El médico de consulta externa llena el formato epidemiológico correspondiente.
 - 4.- El centro de transfusión sanguínea notifica los resultados de estudios de sangre sujetos a vigilancia epidemiológica.
 - 5.- El laboratorio entrega resultados de muestras sujetos a vigilancia epidemiológica.
 - 6.- El laboratorio realiza toma de muestras ambientales y de superficie de las áreas designadas.

2.- Alcance

- Termina.
- 1.- El comité de Infecciones determina que no se trata de una infección intrahospitalaria.
 - 2.- Enfermera de epidemiología entrega a estadísticas informe mensual de actividades de vigilancia epidemiológica.
 - 3.- El encargado de epidemiología reporta vía telefónica a la región sobre la conclusión de un caso epidemiológico.
 - 4.- Estadística envía a la región el SUIVE y los estudios epidemiológicos.
 - 5.- El epidemiólogo entrega copia de los informes confirmados sujetos a vigilancia al laboratorio y a la región.
 - 6.- Epidemiólogo envía a laboratorio estatal informe y muestra sanguínea para confirmación de diagnóstico.
 - 7.- El CODECIN determina medidas para corregir alteraciones detectadas en las muestras ambientales y de superficie.

Áreas que intervienen:

Aplica los servicios de urgencias, medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría, consulta externa, estadísticas, laboratorio, puesto de sangrado, supervisión de enfermería, RPBI y mantenimiento.

3.- Reglas de Operación

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y la Dirección de Contraloría del Organismo.
 - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente que responde a las necesidades y dinámica actual del Organismo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del Organismo o éste, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando éste cumple con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.



3.- Reglas de Operación

- Supervisión de enfermería debe facilitar el censo de hospitalización y de defunciones al encargado de epidemiología.
- El personal médico debe llenar correctamente los expedientes clínicos y entregarlos en tiempo y forma.
- El personal de estadísticas debe entregar oportunamente los formatos para la elaboración del informe de las infecciones nosocomiales.
- La información que maneja el encargado de epidemiología debe ser confidencial.
- El personal médico debe realizar la notificación inmediata de todas y cada una de las patologías sujetas a vigilancia epidemiológica.
- Se debe mantener vigilancia permanente en coordinación con encargado de RPBI, para el manejo de los mismos y la cloración del agua.
- Se debe mantener vigilancia permanente en hospital, consulta externa y urgencias para la detección oportuna de casos con criterios de infección intra hospitalaria.
- El encargado de epidemiología y director de la unidad, deben acudir mensualmente a la reunión del comité regional de vigilancia epidemiológica (COREVE) para tomar acuerdos en coordinación con la región y otras instituciones.

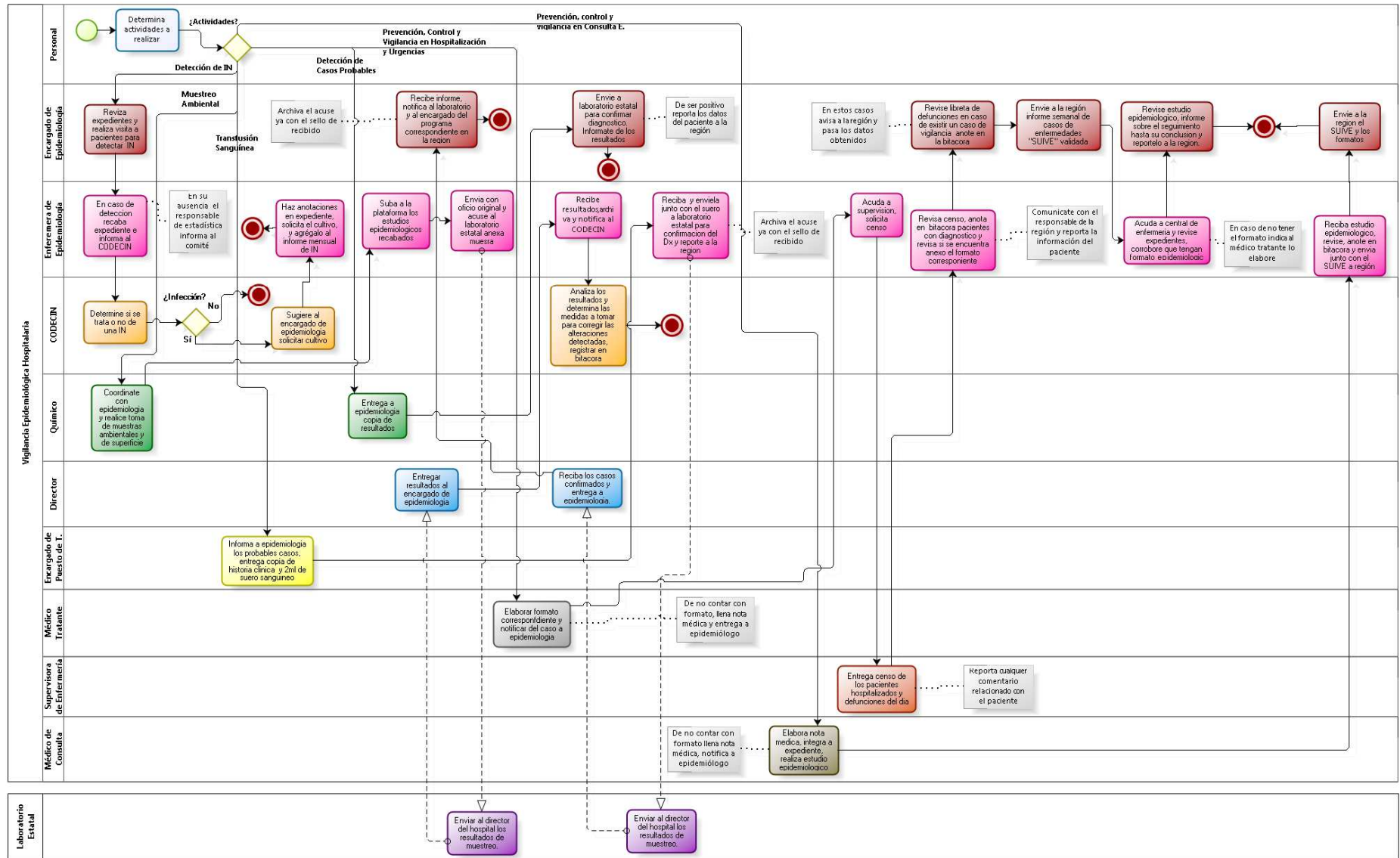


4.- Responsabilidades

Documento	Manual de Organización Hospital Regional
Funciones	
<ul style="list-style-type: none"> • Instaurar el sistema de vigilancia epidemiológica para la prevención, detección, control y manejo de las enfermedades infectocontagiosas y de las infecciones nosocomiales en todas las áreas del hospital • Confirmar la etiología de las enfermedades infectocontagiosas y de infecciones nosocomiales gestionando apoyo en la región y el estado. • Implementar estrategias para evitar los riesgos y disminuir las infecciones nosocomiales. • Elaborar y difundir los indicadores e informes epidemiológicos relativos a tasas de mortalidad, morbilidad y letalidad, de la casuística hospitalaria; así como de la tasa de infecciones intrahospitalarias reportando oportunamente a las instancias correspondientes con la finalidad de conocerlos y realizar acciones tendientes a disminuirlos. • Vigilar que se dé seguimiento a los procesos infecciosos que se detecten a su ingreso al hospital y a aquellos que se desarrollen en las primeras 48 horas de estancia del paciente en el hospital, y las infecciones que se presenten en las primeras 48 a 72 horas después del egreso del nosocomio. • Informar al personal de la unidad sobre las alertas epidemiológicas vigentes. • Integrar expedientes de la vigilancia epidemiológica de la salud del personal que labora en los diferentes servicios de la unidad. • Mantener vigilancia del agua potable y de las aguas servidas, para asegurar que la calidad de la misma cumple con lo estipulado por la normatividad. • Vigilar y dar seguimiento a todas aquellas patologías infectocontagiosas y de notificación epidemiológica obligatoria, además de informar y notificar de manera inmediata o mediata a los departamentos de epidemiología competentes. • Dar seguimiento a todos los programas que incluyen enfermedades crónico-degenerativas, actualizando dicha información a los departamentos de epidemiología competentes. • Vigilar que se realicen periódicamente las acciones necesarias para la prevención y control de zoonosis hospitalaria. 	
Documento	Manual de Organización Específico Subdirección Médica
Funciones	
<ul style="list-style-type: none"> • Operar el sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones intra hospitalarias. • Determinar las tasas de infecciones en las heridas posquirúrgicas y de otros procedimientos invasivos, que se realizan en los diferentes servicios del Hospital. • Dar seguimiento los casos de pacientes sospechosos o confirmados portadores de enfermedades infecto-contagiosas de notificación obligatoria. • Verificar que el agua utilizada del hospital cumpla con la calidad bacteriológica y físico-química que señala la normatividad. • Verificar mensualmente que los niveles de cloro del agua potable, cumpla con los niveles que señala la normatividad. • Programar la toma de muestras ambientales y de superficie en el área de Quirófanos, Urgencias y Cuneros, a fin de identificar bacterias patógenas, que potencialmente puedan provocar infecciones nosocomiales. • Aplicar los procedimientos autorizados y la norma oficial mexicana en materia Residuos Peligrosos Biológico Infecciones que se generen en el servicio. 	



5.- Modelado de Proceso (Flujograma)





6.- Desarrollo:

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD														
1.	Encargado de Epidemiología	<p>Determina las actividades a realizar conforme a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Actividad?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Detección de Infecciones intra hospitalarias en Hospitalización y Urgencias.</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica en Hospitalización y Urgencias.</td> <td>Aplica actividad 6.</td> </tr> <tr> <td>Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica en Consulta Externa</td> <td>Aplica actividad 14.</td> </tr> <tr> <td>Transfusión Sanguínea y/o hemoderivados.</td> <td>Aplica actividad 17.</td> </tr> <tr> <td>Detección de probables casos sujetos a vigilancia epidemiológica en el Laboratorio</td> <td>Aplica actividad 21.</td> </tr> <tr> <td>Muestreo ambiental</td> <td>Aplica actividad 23.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Actividad?	Entonces	Detección de Infecciones intra hospitalarias en Hospitalización y Urgencias.	Aplica siguiente actividad.	Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica en Hospitalización y Urgencias.	Aplica actividad 6.	Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica en Consulta Externa	Aplica actividad 14.	Transfusión Sanguínea y/o hemoderivados.	Aplica actividad 17.	Detección de probables casos sujetos a vigilancia epidemiológica en el Laboratorio	Aplica actividad 21.	Muestreo ambiental	Aplica actividad 23.
¿Actividad?	Entonces															
Detección de Infecciones intra hospitalarias en Hospitalización y Urgencias.	Aplica siguiente actividad.															
Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica en Hospitalización y Urgencias.	Aplica actividad 6.															
Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica en Consulta Externa	Aplica actividad 14.															
Transfusión Sanguínea y/o hemoderivados.	Aplica actividad 17.															
Detección de probables casos sujetos a vigilancia epidemiológica en el Laboratorio	Aplica actividad 21.															
Muestreo ambiental	Aplica actividad 23.															
2.	Encargado de Epidemiología	Realiza visita a pacientes de hospitalización y urgencias, revisa expedientes clínicos en la central de enfermería, para detectar caso probable de infecciones intra - hospitalarias.														
3.	Enfermera de Epidemiología	<p>Recaba el expediente, en caso de detección, entrégalo a la enfermera del servicio e informa verbalmente al comité de infecciones intra hospitalarias.</p> <p>Nota: En caso de ausencia de enfermera de epidemiología, el encargado de estadísticas al revisar en la hoja de egreso hospitalario detecte el diagnóstico de herida infectada, debe informarle al comité en su oportunidad.</p>														
4.	Comité de Infecciones Intra Hospitalarias.	<p>Determina si se trata de una infección intra hospitalaria.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Infección?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Sugiere al médico encargado de epidemiología solicite cultivo del área o herida infectada. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Fin de Detección de Infecciones Intra hospitalarias en Hospitalización y Urgencias.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Infección?	Entonces	Sí	Sugiere al médico encargado de epidemiología solicite cultivo del área o herida infectada. Aplica siguiente actividad.	No	Fin de Detección de Infecciones Intra hospitalarias en Hospitalización y Urgencias.								
¿Infección?	Entonces															
Sí	Sugiere al médico encargado de epidemiología solicite cultivo del área o herida infectada. Aplica siguiente actividad.															
No	Fin de Detección de Infecciones Intra hospitalarias en Hospitalización y Urgencias.															



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
5.	Enfermera de Epidemiología	<p>Anota en el expediente que la infección presenta los criterios para hacer catalogada como infección nosocomial y solicita el cultivo por medio de una “solicitud de exámenes” (anexo 1) y anéxala al expediente. Registra el caso en la parte 1 del formato de “informe mensual de actividades de vigilancia epidemiológica en unidades hospitalarias” (anexo 2), entréguelo al encargado de estadísticas, en un solo tanto.</p> <p>Fin del Procedimiento.</p>
6.	Médico Tratante	<p>Elabora el (formato epidemiológico correspondiente) “formato de vigilancia epidemiológica de la picadura de alacrán” (anexo3), “formato vigilancia epidemiológica de abeja africana” (anexo4), “formato de vigilancia epidemiológica de intoxicación por veneno de araña capulina / viuda negra” (anexo5), “formato para vigilancia epidemiológica de intoxicación por veneno de víbora” (anexo6), “ficha individual para la atención a la persona agredida tratamiento antirrábico en humanos” (anexo7), “formato de vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus tipo 2” (anexo8), “formato de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones 17p” (anexo9), “formato de vigilancia epidemiológica de brucelosis” (anexo10), “formato de vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza” (anexo11), “formato de vigilancia epidemiológica de enfermedad diarreica aguda” (anexo12), “formato de vigilancia epidemiológica de ESAVI” (anexo13), “formato de vigilancia epidemiológica de Intoxicación por plaguicidas” (anexo14), “formato de vigilancia epidemiológica de búsqueda intencionada” (anexo15), “formato de vigilancia epidemiológica de Chagas” (anexo17), “formato de vigilancia epidemiológica de EFE's” (anexo 18), “formato de vigilancia epidemiológica de DTN” (anexo19), “formato de vigilancia epidemiológica de tuberculosis” (anexo20), “formato de vigilancia epidemiológica de casos de infección nosocomial” (anexo21), “formato de vigilancia epidemiológica de PFA” (anexo22)”, a todo paciente que sea agredido por picadura y/o mordedura de animales ponzoñosos o venenosos y además anexa (pegado con cinta) el frasco del suero utilizado. Inicia el manejo del caso epidemiológico del paciente. Notifica al encargado de epidemiología diariamente los casos nuevos de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Realiza resumen del caso en la “nota médica de epidemiología (anexo16)”, intégrala al expediente, elabora “estudio epidemiológico correspondiente”. Entrega formato correspondiente y/o su estudio epidemiológico al encargado de epidemiología. Notifica verbalmente al epidemiólogo en caso de riesgo de una infección nosocomial.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De no contar con el formato epidemiológico correspondiente al tipo de agresión que presenta el paciente, llena “nota médica de epidemiología” y entrégala al epidemiólogo junto con el estudio; posteriormente consiga el “formato epidemiológico correspondiente”, llénalo y entrégalo al epidemiólogo. • En caso de que el paciente presente lesiones (sin ser agresiones de animales) que requieran la vigilancia epidemiológica llena “hoja de registro de atención por lesiones en la unidad médica” (anexo9), y entrégala junto con el estudio al epidemiólogo.



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
7.	Enfermera de Epidemiología	Acude diariamente a la oficina de supervisión y solicita el censo del servicio de hospitalización, urgencias y la libreta de defunciones a la supervisora, para detectar diagnósticos que requieran estudio epidemiológico.
8.	Enfermera Supervisora	Entrega censo (<i>Informe de Supervisión de 24 horas en hospitalización</i>) de los pacientes hospitalizados, urgencias y de defunciones del día; al encargado de epidemiología. Nota: Reporta al encargado de epidemiología cualquier comentario relacionado con la enfermedad de los pacientes.
9.	Enfermera de Epidemiología	Revisa el censo y anota en la “ bitácora de epidemiología (anexo16) ” los pacientes con diagnóstico de enfermedades transmisibles. Además verifica en el expediente de éstos pacientes, se encuentre anexo el formato de vigilancia epidemiológica correspondiente . En caso de que no se encuentre el formato anota en la “ bitácora de epidemiología ” los siguientes datos: número de cama, fecha de ingreso, nombre completo del paciente, edad, domicilio particular, médico tratante y diagnóstico. Nota: Comunícate vía telefónica con el responsable de programa de la región sanitaria, en caso de que no se encuentre el formato y proporciónale la información registrada en la bitácora.
10.	Encargado de Epidemiología	Revisa la libreta de defunciones facilitada por la supervisora de enfermería y en caso de existir algún paciente fallecido con diagnóstico de enfermedad transmisible y/o de vigilancia epidemiológica, anota en “ bitácora de epidemiología ” los siguientes datos: nombre completo del fallecido domicilio particular y diagnóstico. Nota: En estos casos avisa vía telefónica a la región sanitaria y pasa los datos obtenidos.
11.	Encargado de Estadísticas	Envía a la región sanitaria semanalmente en el formato del “ informe semanal de casos nuevos de enfermedades SUIVE (anexo17) ” la información de los casos nuevos y de las enfermedades transmisibles y no transmisibles de notificación inmediata validada por el epidemiólogo y/o el director.
12.	Enfermera de Epidemiología	Acude a las centrales de enfermería de hospitalización y de urgencias, revisa los expedientes anotados en la bitácora de epidemiología y corrobora que los formatos de vigilancia epidemiológica se encuentren en el expediente o el estudio epidemiológico correspondiente, Nota: En caso de que el expediente no tenga anexo el formato o estudio registra “ nota médica de epidemiología ” en el expediente e indica al médico tratante elaborarlo. Aplica actividad 6.



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
13.	Encargado de Epidemiología	<p>Revisa estudio epidemiológico, infórmate sobre el seguimiento del caso hasta su conclusión y repórtalo vía telefónica al servicio de epidemiología de la región sanitaria.</p> <p>Fin de procedimiento.</p>
14.	Médico de Consulta Externa	<p>Realiza consulta externa, revisa al paciente y llena resumen del caso en la “nota médica de epidemiología”, e intégralo al expediente y elabora estudio epidemiológico correspondiente al diagnóstico que lo requiera. Inicia manejo del caso. Informa al encargado de epidemiología, entregándole el respectivo estudio epidemiológico. Notifica verbalmente al epidemiólogo en caso de riesgo de una infección nosocomial.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el paciente presente lesiones (sin ser agresiones de animales) que requieran la vigilancia epidemiológica llena “hoja de registro de atención por lesiones en la unidad médica”, y entrégala junto con el resumen del caso al epidemiólogo. • Cuando se requiera elabora el (formato epidemiológico correspondiente) “formato de vigilancia epidemiológica de la picadura de alacrán”, “formato vigilancia epidemiológica de abeja africana”, “formato de vigilancia epidemiológica de intoxicación por veneno de araña capulina / viuda negra”, “formato para vigilancia epidemiológica de intoxicación por veneno de víbora”, “ficha individual para la atención a la persona agredida tratamiento antirrábico en humanos”, “formato de vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus tipo 2”, “formato de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones 17p”, “formato de vigilancia epidemiológica de brucelosis”, “formato de vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza”, “formato de vigilancia epidemiológica de enfermedad diarreica aguda”, “formato de vigilancia epidemiológica de ESAVI”, “formato de vigilancia epidemiológica de Intoxicación por plaguicidas”, “formato de vigilancia epidemiológica de búsqueda intencionada”, “formato de vigilancia epidemiológica de Chagas”, “formato de vigilancia epidemiológica de EFE's”, “formato de vigilancia epidemiológica de DTN”, “formato de vigilancia epidemiológica de tuberculosis”, “formato de vigilancia epidemiológica de casos de infección nosocomial”, “formato de vigilancia epidemiológica de PFA”, a todo paciente que sea agredido por picadura y/o mordedura de animales ponzoñosos o venenosos y además anexa (pegado con cinta) el frasco del suero utilizado y entrégalo al epidemiólogo. Inicia el manejo del caso epidemiológico del paciente. • De no contar con el formato epidemiológico correspondiente al tipo de agresión que presenta el paciente, llena “nota médica de epidemiología” y notifica al epidemiólogo; posteriormente consigue el formato epidemiológico correspondiente, llénalo y entrégalo al epidemiólogo.
15.	Enfermera de Epidemiología	<p>Recibe el estudio epidemiológico, revisa y anota en la “bitácora de epidemiología” los datos del paciente. Entrega el estudio epidemiológico al servicio de estadísticas, para que se envíe junto con el informe semanal SUIVE. Informa vía telefónica a la región sanitaria.</p>



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
16.	Encargado de Estadísticas	Envía a la región sanitaria el SUIVE y los estudios epidemiológicos llenados por el médico tratante y/o encargado de epidemiología. Fin de procedimiento.
17.	Encargado del Puesto de Trasnusión Sanguínea	Informa al encargado de epidemiología los resultados derivados del banco de sangre estatal sujetos a la vigilancia epidemiológica. Entrega al encargado de epidemiología copia de la historia clínica del donador y 2 ml de suero sanguíneo.
18.	Enfermera de Epidemiología	Recibe copia de la historia clínica del donador (ficha de identificación), y 2 ml de suero sanguíneo, fotocópiala y envíala junto con el suero sanguíneo al laboratorio estatal con oficio original y acuse para confirmación del diagnóstico sujeto a vigilancia. Regresa la copia de la historia clínica al encargado del puesto de transfusión. Reporta a la región sanitaria vía telefónica para dar seguimiento al caso. Nota: Archiva el acuse ya con el sello de recibido.
19.	Director del Hospital	Recibe del laboratorio estatal los informes de los casos confirmados sujetos a vigilancia epidemiológica y entrega original al encargado de epidemiología.
20.	Encargado de Epidemiología	Recibe informes de los casos confirmados sujetos a vigilancia epidemiológica, saca dos copias entrega una al laboratorio del hospital y la otra al encargado del programa correspondiente en la región sanitaria, para darle seguimiento al caso confirmado. Nota: Archiva el acuse ya con el sello de recibido. Fin de procedimiento.
21.	Encargado de Laboratorio.	Entrega al encargado de epidemiología copia de resultados y muestra sanguínea (tamizaje) positivos y sujetos a vigilancia epidemiológica.
22.	Encargado de Epidemiología	Envía al laboratorio estatal oficio original, acuse y muestra sanguínea para confirmar el diagnóstico del caso sujeto a vigilancia epidemiológica. Nota: En caso de ser positivo reporta los datos del paciente sujeto a vigilancia epidemiológica, a la región sanitaria para su seguimiento. Fin de procedimiento.



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
23.	Encargado de Laboratorio.	Coordínate con el encargado de epidemiología de la unidad, realiza toma de muestras ambientales y de superficie de los servicios que otorgan atención a pacientes. Nota: Realiza la toma de muestras cada 4 meses.
24.	Enfermera de Epidemiología	Sube a plataforma los estudios epidemiológicos recabados en fecha y forma correcta.
25.	Enfermera de Epidemiología	Envía con oficio original y acuse al laboratorio estatal las muestras tomadas.
26.	Laboratorio Estatal	Envía al director de la unidad los resultados de muestreo ambiental y de superficie.
27.	Director	Entrega resultados del muestreo al encargado de epidemiología con copia al encargado del laboratorio.
28.	Enfermera de Epidemiología	Recibe resultados, archívalos y notifica al Comité de Infecciones Intra hospitalarias en caso de encontrar datos de contaminación ambiental.
29.	Comité Infecciones Intra Hospitalarias (CODECIN)	Analizan los resultados recibidos, determinan las medidas a tomar para corregir las alteraciones detectadas, registra éstas medidas en la “ bitácora del comité ” en donde especifiquen las acciones a seguir para solventar dichas anomalías. Fin de procedimiento.

7.- Colaboradores:

PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS QUE LO ASESORÓ	
Asesorado por:	<ul style="list-style-type: none"> Lic. Claudia Judith González Ochoa Lic. Gianello O. Castellanos Arce
PERSONAL DE LA UNIDAD QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> Dr. David Cerda Vázquez 	<ul style="list-style-type: none"> Enf. Roxana Lizbeth García Garibay



8.- Definiciones:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Caso confirmado:	Al caso cuyo diagnóstico se corrobora por medio de estudios auxiliares, o aquel que no requiere estudios auxiliares pero presenta signos o síntomas propios del padecimiento o evento bajo vigilancia, así como la evidencia epidemiológica.
Caso de infección nosocomial:	A la condición localizada o generalizada, resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en periodo de incubación, en el momento del ingreso del paciente al hospital. Estas infecciones ocurren generalmente desde las 48 horas del ingreso del paciente al hospital y hasta las 72 horas del egreso hospitalario.
Caso descartado:	Al caso sospechoso o probable en quien por estudios auxiliares, determina que no es causado por la enfermedad que inició su estudio o aquel que no requiere estudios auxiliares, pero presenta signos o síntomas propios de cualquier otro padecimiento o evento bajo vigilancia diferente al que motivó el inicio del estudio, así como la evidencia epidemiológica, en ellos puede o no haber confirmación etiológica de otro diagnóstico. Aquel que no cumple con los criterios de caso probable (si es sospechoso) o confirmado (si es probable).
COREVE	Comité Regional de Vigilancia Epidemiológica.
CODECIN	Comité de control de infecciones nosocomiales.
Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE):	Órgano colegiado que observa, facilita, fomenta y guía las acciones epidemiológicas en el país.
Epidemiología:	El estudio de una enfermedad en lo que se refiere a cuanta gente la padece, donde se encuentran, cuantos nuevos casos aparecen y como controlarla.
Estudio epidemiológico:	A la investigación del proceso salud-enfermedad del cual se obtiene información epidemiológica de casos, brotes y situaciones de interés epidemiológico.
ESAVI	Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización.
Infección:	Invasión por parte de un microorganismo (virus, bacteria, hongo o parásito).
Notificación:	A la acción de informar acerca de la presencia de padecimientos o eventos, por parte de las unidades del sistema nacional de salud. (puede ser a nivel jurisdiccional, regional, central, estatal y/o nacional).
Periodo de incubación:	Al intervalo de tiempo entre la exposición, infección o infestación, y el inicio de signos y síntomas clínicos de enfermedad en un huésped hospitalario.
Portador asintomático:	La persona infectada, infestada o que contiene al agente causal del padecimiento en cuestión, no presenta signos o síntomas de la enfermedad, pero constituye una fuente potencial de infección.



8.- Definiciones:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Portador:	Al individuo que alberga uno o más microorganismos y que constituye una fuente potencial de infección.
Prevalencia:	Al coeficiente que mide el número de personas enfermas o que presenta cierto trastorno en determinado momento (prevalencia puntual), o durante un periodo predeterminado (prevalencia en un periodo), independientemente de la fecha en que comenzaron la enfermedad o el trastorno, y como denominador, el número de personas de la población en la cual tiene lugar.
Prevención de infección nosocomial:	A la aplicación de medidas para evitar o disminuir las infecciones nosocomiales.
Registro:	La inscripción de información comprobable, que puede comprender la anotación numérica o nominal de casos, defunciones, contactos, enfermedad o evento mediante los instrumentos.
Reservorio:	Al hombre, animal, artrópodo, planta, suelo o materia orgánica inanimada en donde normalmente vive y se multiplica un agente infeccioso, y del cual depende para su supervivencia, y donde se reproduce de manera que pueda ser transmitido a un huésped susceptible.
Salud Pública:	A la combinación de ciencias y técnicas que está dirigida al mantenimiento y mejoramiento de la salud de toda la población a través de acciones colectivas o sociales.
Símbolos y abreviaturas:	Consultar la NOM-EM 002-SSA 2003 y la NOM-017-SSA2 1994, según sea el caso.
Susceptible:	A la persona o animal que no posee suficiente resistencia contra un agente patógeno determinado, que le proteja contra la enfermedad si llega a estar en contacto con el agente.
Tasa de ataque:	A la medida de riesgo que se usa para determinados grupos específicos observados, durante periodos limitados y en circunstancias especiales; suele expresarse en porcentajes (casos/población expuesta al riesgo por 100).
Tasa:	Al cociente que mide la frecuencia con que ocurre un evento, en una población determinada y en un tiempo específico. Se obtiene mediante la operación de un numerador y el denominador y el resultado multiplicado por una constante (100, 1,000 o 100,000 habitantes).
Unidad de Salud:	A todo establecimiento de los sectores público, social y privado, en el que se presta atención médica o servicios de salud.
Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria:	A la instancia operativa a nivel local, responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica hospitalaria.
Urgencia Epidemiológica:	Al evento que, por su magnitud o trascendencia, requiere la inmediata instrumentación de acciones.



8.- Definiciones:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Vector:	Al insecto o cualquier portador vivo, que transporta un agente infeccioso de un individuo infectado o sus desechos, a un individuo susceptible, sus alimentos o su ambiente inmediato. El organismo puede, o no, desarrollar parte de su ciclo vital dentro del vector.
Vigilancia Epidemiológica:	Es la acción de observar, recolectar y analizar sistemáticamente información de eventos relacionados con la salud, principalmente referidos a los daños que ocasionan en la población.
Vigilancia Epidemiológica:	Al estudio permanente y dinámico del estado de salud, así como de sus condicionantes en la población. Es la observación y análisis sistemáticos, continuos y activos de la ocurrencia, distribución y factores de riesgo de las infecciones nosocomiales.
SUIVE:	Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica.
Zoonosis:	A la infección o enfermedad infecciosa transmisible, en condiciones naturales se transmite, de los animales vertebrados al hombre o viceversa. Puede ser enzootica o epizootica.

9.- Documentos de Referencia:

Código	Documento
DOM-M53	Manual de Organización Especifico del Hospital Regional.
NOM-EM-002-2003	Vigilancia epidemiológica prevención y control de las infecciones nosocomiales.
NOM-017-SSA-1994	Para la Vigilancia Epidemiológica.
	Libreta de Actas de defunción
	Informe de supervisión de 24 horas en hospitalización.
	Historia Clínica del donador.
	Orden de laboratorio.
NOM-004-SSA3-2012	Expedientes clínicos

10.- Formatos Utilizados:

Código	Documento
Anexo 01	Bitácora de epidemiología
Anexo 02	Bitácora del comité



10.- Formatos Utilizados:

Código	Documento
	Anexo 03 Ficha individual para la atención a la persona agredida tratamiento antirrábico en humanos
	Anexo 04 Formato de vigilancia epidemiológica de brucelosis
	Anexo 05 Formato de vigilancia epidemiológica de búsqueda intencionada
	Anexo 06 Formato de vigilancia epidemiológica de casos de infección nosocomial
	Anexo 07 Formato de vigilancia epidemiológica de chagas
	Anexo 08 Formato de vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus tipo 2
	Anexo 09 Formato de vigilancia epidemiológica de defectos del tubo neural (DTN)
	Anexo 10 Formato de vigilancia epidemiológica de enfermedad febril exantemática (EFE's)
	Anexo 11 Formato de vigilancia epidemiológica de enfermedad diarreica aguda
	Anexo 12 Formato de vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza
	Anexo 13 Formato de vigilancia epidemiológica de ESAVI
	Anexo 14 Formato de vigilancia epidemiológica de Intoxicación por plaguicidas
	Anexo 15 Formato de vigilancia epidemiológica de intoxicación por veneno de araña capulina / viuda negra
	Anexo 16 Formato de vigilancia epidemiológica de la picadura de alacrán
	Anexo 17 Formato de vigilancia epidemiológica de paralis flácida aguda (PFA)
	Anexo 18 Formato de vigilancia epidemiológica de tuberculosis
SIS-SS-17-P	Anexo 19 Formato de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones 17P
	Anexo 20 Formato para vigilancia epidemiológica de intoxicación por veneno de víbora
	Anexo 21 Formato vigilancia epidemiológica de abeja africana
	Anexo 22 Hoja de registro de atención por lesiones en la unidad médica
	Anexo 23 Informe mensual de actividades de vigilancia epidemiológica y detección de infecciones nosocomiales en la unidad hospitalaria.
	Anexo 24 Informe semanal de casos nuevos de enfermedades SUIVE



10.- Formatos Utilizados:

Código	Documento
Anexo 25	Nota médica de epidemiología
Anexo 26	Solicitud de exámenes

11.- Descripción de Cambios

No.	Fecha del Cambio	Referencia del cambio	Breve Descripción del Cambio
1.	17/06/2015	Alcance	Se modificaron las áreas que intervienen en el procedimientos de vigilancia epidemiológica.
2.	17/06/2015	Responsabilidades	Se agregó lo concerniente al apartado 4.
3.	17/06/2015	Actividad 2	Ya no se interroga a los pacientes.
4.	17/06/2015	Actividad 24	Se incluyó esta actividad nueva para registrar en sistema la información.
5.	17/06/2015	Actividades 3, 5, 7, 9, 12, 15, 18, 25 y 28	Cambió el responsable de la actividad, de encargado de epidemiología a enfermera de epidemiología.
6.	17/06/2015	Actividades 6 y 14	Se agregaron formatos de vigilancia epidemiológica.
7.	17/06/2015	Definiciones	Se agregaron definiciones de COREVE, CODECIN y ESAVI.
8.	17/06/2015	Documentos de Referencia	Se agregó la NOM004-SSA3-2012.
9.	17/06/2015	Anexos	Se agregaron formatos de vigilancia epidemiológica que se adicionaron.



ANEXOS

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
17

Hospital Regional La Barca





ANEXO 02: BITÁCORA DEL COMITÉ BITACORA DEL COMITE DE CODECIN HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA

CONVOCA: REUNION ORDINARIA
FECHA:
HORA DE INICIO:

LUGAR DE REUNION:

HORA DE TERMINO:

+	TEMA GENERAL	

OBJETIVO DE LA SESION DEL COMITE	

ORDEN DEL DIA	

COMPROMISO ASIGNADO	TODAS LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES	FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADO	ESTRATEGIA PARA SU CONTROL	TIEMPO PARA TERMINAR COMPROMISO



ANEXO 03: FICHA INDIVIDUAL PARA LA ATENCIÓN A LA PERSONA AGREDIDA TRATAMIENTO ANTIRRÁBICO EN HUMANOS

CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES
SUBDIRECCIÓN DE TRATAMIENTO DE ZOONOSIS
FICHA INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO ANTIRRÁBICO HUMANO
A) DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA O CONTACTO/ESQUEMA PRE-EXPOSICIÓN

1. Nombre y apellidos _____

2. Domicilio _____

3. Edad _____ años y meses _____

3. Sexo masculino femenino

4. Estado civil _____

5. Fecha de nacimiento _____ día _____ mes _____ año

6. Número de identificación _____

7. Número de identificación _____

8. Fecha de la última dosis recibida _____ día _____ mes _____ año

9. Tipo de exposición mordedura contacto otro _____

10. Tipo de exposición mordedura contacto otro _____

11. Tipo de exposición mordedura contacto otro _____

12. Si fue mordido, ¿qué fue la localización? cabeza o cuello tronco brazo pierna mano otro _____

13. Herida simple profunda múltiple

14. Especie perro gato otro _____

15. Dirección del animal al lugar donde ocurrió la exposición _____

16. Especie animal perro gato otro _____

17. Animal doméstico salvaje otro _____

18. Observación _____

19. Fecha de examen clínico _____ día _____ mes _____ año

20. Examen de laboratorio positivo negativo no se realizó

21. Tipo y fecha de vacunación de adulto (Laboratorio) de niño (Vacunas de la Secretaría de Salud)

22. Examen de laboratorio positivo negativo no se realizó

23. Tipo y fecha de vacunación de adulto (Laboratorio) de niño (Vacunas de la Secretaría de Salud)

B) DATOS SOBRE LA EXPOSICIÓN

14. Especie perro gato otro _____

15. Dirección del animal al lugar donde ocurrió la exposición _____

16. Especie animal perro gato otro _____

17. Animal doméstico salvaje otro _____

18. Observación _____

19. Fecha de examen clínico _____ día _____ mes _____ año

20. Examen de laboratorio positivo negativo no se realizó

21. Tipo y fecha de vacunación de adulto (Laboratorio) de niño (Vacunas de la Secretaría de Salud)

22. Examen de laboratorio positivo negativo no se realizó

23. Tipo y fecha de vacunación de adulto (Laboratorio) de niño (Vacunas de la Secretaría de Salud)

C) DATOS DEL ANIMAL CAUSA DE LA EXPOSICIÓN

14. Especie perro gato otro _____

15. Dirección del animal al lugar donde ocurrió la exposición _____

16. Especie animal perro gato otro _____

17. Animal doméstico salvaje otro _____

18. Observación _____

19. Fecha de examen clínico _____ día _____ mes _____ año

20. Examen de laboratorio positivo negativo no se realizó

21. Tipo y fecha de vacunación de adulto (Laboratorio) de niño (Vacunas de la Secretaría de Salud)

22. Examen de laboratorio positivo negativo no se realizó

23. Tipo y fecha de vacunación de adulto (Laboratorio) de niño (Vacunas de la Secretaría de Salud)

D) DATOS DEL TRATAMIENTO

FECHA DE LAS APLICACIONES		TRATAMIENTO PRE-EXPOSICIÓN		REFUERZOS	
1º	2º	3º	4º	5º	6º
MESES					
DÍAS					

1. Tipo de vacuna 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020



ANEXO 06: FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
SUBSECRETARÍA DE FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
NOTIFICACIÓN DE INFECCIÓN EN EL HOSPITAL

HOSPITAL: _____ SERVICIO: _____
MÉDICO ASOCIADO: _____ PACIENTE: _____
NUM. DE EXPEDIENTE: _____
HISTÓRICO DE INGRESO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
FECHA DE INGRESO: _____ DÍAS DE ESTANCIA: _____ CEDULA: _____ CAMA: _____
FECHA DEL REPORTE DE LA INFECCIÓN: _____ COMENTARIO EN EL COMITÉ: _____
MÉDICO RESPONSABLE (NOMBRE COMPLETO): _____
EGRESO DE: _____
Fecha de Detección: _____
Cuadro Clínico: _____

Diagnóstico: _____

Resultado de estudios Bacteriológicos:
a) _____
b) _____
c) _____
Terapéutica empleada: _____

Nombre (completo) y firma de quien elaboró el informe: _____ Dra. Martha Asunción Casas de la Torre



ANEXO 08: FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Estudio de Caso de Diabetes Tipo 2 Hospitalizado
HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA

Fecha de elaboración: _____ Expediente: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (Personal de Trabajo Social)

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre(s): _____

Estado: _____ Jurisdicción: _____ Municipio: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

OCCUPACIÓN

11 Profesionalista 954 AMA DE CASA
 12 Trabajadora en actividades agrícolas, ganaderas, avícolas, caza y pesca 955 ESTUDIANTE
 13 Artesanía y Artesanal (artesanos en industria de la transformación y tratamiento
 14 Trabajadora de apoyo en actividades administrativas
 15 Comerciantes, empleados de comercio y agentes de ventas 957 NO TRABAJA
 16 Empleada o trabajadora de otros o multifuncionaria, estibadora 958 NO APLICA

ESCOLARIDAD

1 SIN ESCOLARIDAD 9 PRIMARIA COMPLETA 10 CARRERA TÉCNICA
 2 SABE LEER Y ESCRIBIR 10 SECUNDARIA INCOMPLETA 10 PROFESIONAL
 3 DE 3 AÑOS DE PRIMARIA 11 SECUNDARIA O EQUIVALENTE 11 POSTGRADO
 4 DE 3 A 5 AÑOS DE PRIMARIA 12 PREPARATORIA 99 NO ESPECIFICADO

2 Tipo de Paciente?

1 Incidente/detectado por 1era vez; se desconoce diabético
 2 Prevalente asociado con sintomatología por 3 o más semanas (meses o años de evolución)

RESIDENCIA HABITUAL

Calle y Número: _____ Colonia: _____ Estado: _____
 Jurisdicción: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Nombre completo, firma y cédula del Médico Notificante _____
 Fecha de Ingreso al Hospital: _____ (II) DATOS GENERALES (Personal de Trabajo Social) _____

El Paciente llegó al hospital: Referido Consulta Externa Por su cuenta

Fecha de referencia (anotar la fecha en que el paciente fue referido de alguna unidad al hospital) _____

El paciente es derechohabiente de:

1 ISSI 3 IMSS 10 SINTE
 4 OTRO 9 SIN OPORTUNIDADES 11 SEGURO POPULAR
 12 INDETERMINADO 96 DESCONOCIDO 99 NO ESPECIFICADO

Edad a la que se diagnosticó la DM2: _____ Peso actual _____ kg Estatura _____ m

Antecedentes Heredofamiliares de DM2: _____ (II) ANTECEDENTES (Personal Médico) _____

1 SI 2 NO 3 Se desconoce

¿Es Sedentario? (Se considerará persona sedentaria si realiza actividades cotidianas para satisfacer necesidades como lavar, cocinar, planchar, limpiar la casa, trabajar, etc., pero NO dedica tiempo para practicar ejercicio)

1 Si es sedentario No es sedentario (el paciente si practica ejercicio 3 o más días/semana)

El Tx anterior a la hospitalización para el control de la glicemia fue (le piden incidente se desconoce diabético)

1 NO FARMACOLÓGICO 9 TRAZOLAMIDONAS O OTRAS 9 SE DESCONOCE DIABÉTICO
 2 SULFONUREAS* 10 GOBERNADO ORAL 10 NO CONOCE SU TX
 3 BLOQUEANTES (metformina) 11 INSULINAS 11 OLIGONIMA
 4 INSULINAS DE LAS OLLAS 9 GOBERNADO ORAL E INSULINA 12 SIN TX

*Sulfonureas: Glibenclámida, Gliclazid, Glibenclósido
 **Trazolamidas: Propofolona, Ropivacaína
 Glicónes, Intubones, DPP-4, Saxagliptin, Sitagliptin, Vildagliptin.

En los últimos 6 meses el tratamiento ha sido: si el paciente es incidente la opción 01; no aplica
 1 CON INTERFERENCIAS* 2 NO APLICA

(*Cumple al Tx por más de 3 días seguidos)

Página 1 de 2



ANEXO 10: FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA (EFE'S)

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
FORMULARIO DE ESTUDIO DE CASOS DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA
 EFE - 1

I. IDENTIFICACIÓN
 NÚM. DE CASO: _____ JURISDICCIÓN SANITARIA/DEPARTAMENTO: _____
 NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ PATRINO: _____ MATRINO: _____ APOCRIFIO (S): _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEXO: (M) (F) _____ EDADES: ____ (Años) ____ (Meses) ____ (Días)
 DISTRICCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ ENTIDAD: _____

II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN-ESTUDIO
 ¿HUBO CONTACTO CON SERVIDOR DE SALUD? _____
 NOTIFICACIÓN A LA JALISCO O SALUD? _____
 NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTADAL? _____
 NOTIFICACIÓN A LA DGE? _____
 ESTUDIO POR JALISCO O JALISCO/DELEDO? _____

III. ¿Cuándo pasó lo atestado?
 NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ INSTITUCIÓN: _____
 DERECHAMENTE (S) (No) _____ NÚM. COMPARTIMIENTOS: _____ FOLIO DE LA INSTITUCIÓN (SI) _____
 NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____

IV. ANTECEDENTES
 Vacunación: ANTIGUAS (S) (No) NÚM. _____ FECHAS: 1a ____/____/____ 2a ____/____/____ 3a ____/____/____
 FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: ____/____/____
 ALERGIAS: (S) (No) _____ FECHA: ____/____/____
 TIPO DE VACUNA: Sarampión () / Parotiditis () / Rubéola () / SARAMBIÓN-RUBÉOLA ()
 PRESENTE OTRO EXANTEMA EN LOS TRES MESES PREVIOS A ESTE? (S) (No) _____
 Especificar nombre y fecha de otras infecciones y/o otras enfermedades EN LOS 21 días previos al inicio del cuadro: _____

¿Estuvo en contacto con alguna persona con LOS mismos síntomas? (S) (No) _____
 Especificar con quién, lugar y fecha: _____

¿Estuvo en contacto con mujeres puerperales? (S) (No) _____
 Especificar el lugar y fecha: _____

V. Cuadro clínico
 Fiebre: (S) (No) _____ Cuantificación: _____ °C. Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____
 Exantema: (S) (No) _____ Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

Tipo de exantema (Marque más de uno si es el caso)
 ¿Constituye exantema? (S) (No) _____ ¿Sabor rosa? (S) (No) _____
 Maculoso () Papular () Eritematoso () Distribución del exantema: _____
 Tox (S) (No) _____ Corolla (S) (No) _____
 Concurvato (S) (No) _____ Diarrea (S) (No) _____
 Mucosas de la boca (S) (No) _____ Anorexia o estado anémico (S) (No) _____
 Eritema de Koplik (S) (No) _____
 Apendicitis (S) (No) _____
 Apendicitis (S) (No) _____
 Diarrea entérica bacteriana () Sarampión () Escarlatina ()

Distribución de lesiones: Sarampión () Rubéola () Exantema súbito () ESCARLATINA ()
 Otro: _____



ANEXO 11: FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Anexo 11. Formato estudio Epidemiológico de caso de enfermedad Diarreica Aguda

The form is a structured document for recording an epidemiological case. It includes sections for:

- Paciente:** Personal and demographic information.
- Historia Clínica:** Detailed medical history, symptoms, and progression of the disease.
- Examen Físico:** Results of the physical examination.
- Exámenes de Laboratorio:** Results of various laboratory tests, including stool samples.
- Resumen del Caso:** A summary of the case.
- Referencias Bibliográficas:** A section for citing relevant literature.



ANEXO 12: FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA

SISTEMA PARA EL REGISTRO DE INFORMACIÓN DE CASOS POR TABULOS DE INFLUENZA

DATOS GENERALES																																
Apellido Paterno	Apellido Materno																															
Nombre	Mes																															
Año																																
Fecha de nacimiento: Día	No. meses																															
Municipio																																
Está embarazada?																																
Localidad																																
Calle	Numero																															
Entre qué calles	CP																															
Colonia	Habla alguna lengua indígena?																															
Se reconoce como indígena	Ocupación																															
Pertenece a alguna institución educativa?																																
DATOS CLÍNICOS																																
Servicio	Fecha de inicio de síntomas																															
Fecha de atención	dd/mm/aaaa																															
A partir de la fecha	Fecha de inicio de síntomas																															
Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?	Co-morbilidad																															
<table border="1"> <tr><td>Inicio súbito de los síntomas</td></tr> <tr><td>Fiebre</td></tr> <tr><td>Tos</td></tr> <tr><td>Cefalea</td></tr> <tr><td>Disnea</td></tr> <tr><td>Irritabilidad</td></tr> <tr><td>Diarrea</td></tr> <tr><td>Dolor torácico</td></tr> <tr><td>Escalofríos</td></tr> <tr><td>Odinofagia</td></tr> <tr><td>Mialgias</td></tr> <tr><td>Artralgias</td></tr> <tr><td>Ataque al estado general</td></tr> <tr><td>Rinorrea</td></tr> <tr><td>Polipnea</td></tr> <tr><td>Vómito</td></tr> <tr><td>Dolor abdominal</td></tr> <tr><td>Conjuntivitis</td></tr> <tr><td>Cianosis</td></tr> <tr><td>Otro</td></tr> </table>	Inicio súbito de los síntomas	Fiebre	Tos	Cefalea	Disnea	Irritabilidad	Diarrea	Dolor torácico	Escalofríos	Odinofagia	Mialgias	Artralgias	Ataque al estado general	Rinorrea	Polipnea	Vómito	Dolor abdominal	Conjuntivitis	Cianosis	Otro	<table border="1"> <tr><td>Diabetes</td></tr> <tr><td>EPOC</td></tr> <tr><td>Asma</td></tr> <tr><td>Inmunosupresión</td></tr> <tr><td>Hipertensión</td></tr> <tr><td>VH/SIDA</td></tr> <tr><td>Otra condición</td></tr> <tr><td>Enfermedad cardiovascular</td></tr> <tr><td>Obesidad</td></tr> <tr><td>Insuficiencia renal crónica</td></tr> <tr><td>Tabaquismo</td></tr> </table>	Diabetes	EPOC	Asma	Inmunosupresión	Hipertensión	VH/SIDA	Otra condición	Enfermedad cardiovascular	Obesidad	Insuficiencia renal crónica	Tabaquismo
Inicio súbito de los síntomas																																
Fiebre																																
Tos																																
Cefalea																																
Disnea																																
Irritabilidad																																
Diarrea																																
Dolor torácico																																
Escalofríos																																
Odinofagia																																
Mialgias																																
Artralgias																																
Ataque al estado general																																
Rinorrea																																
Polipnea																																
Vómito																																
Dolor abdominal																																
Conjuntivitis																																
Cianosis																																
Otro																																
Diabetes																																
EPOC																																
Asma																																
Inmunosupresión																																
Hipertensión																																
VH/SIDA																																
Otra condición																																
Enfermedad cardiovascular																																
Obesidad																																
Insuficiencia renal crónica																																
Tabaquismo																																
Diagnóstico probable																																
Desde el inicio de los síntomas ha recibido algún tratamiento ?																																
Se inicia tratamiento con antimicrobianos ?																																
Se inicia tratamiento con antivirales?																																
Escriba, el antiviral																																
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS																																
Tuvo contacto con otros casos de influenza 2 semanas previas?																																
Durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con:																																
Aves																																
Cerdos																																
Otro animal																																
Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas																																
País																																
Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas																																
País																																
Recibió vacuna contra la influenza?																																
Estacional: dd/mm/aaaa																																
No sabe																																
Se le tomó muestra al paciente?																																

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA





ANEXO 13: FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ESAVI

ESTUDIO DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN Y/O INMUNIZACIÓN (ESAVI)
 FORMATO INTERINSTITUCIONAL DE NOTIFICACIÓN ESAVI

(Usted de recibir)

FECHA DE NOTIFICACIÓN: Mes , Día , Año
Nombre del paciente: (Ciudad de residencia: Nacional)

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: Inicio , Finalización (Inicio: , Final:)
Apellido paterno: (Urbano) (Rural)
Apellido materno: (Mujer: Varón:
Categoría: (Mujer: Varón:
Fecha de nacimiento: (Mujer: Varón:
Colesterol: (Categoría:)
Residencia: (Monitoreo/Diagnóstico:)
Ayuda parental: (Ayuda: No ayuda:
Ayuda materna: (Ayuda: No ayuda:
Teléfono:

NOTIFICACIÓN:
 1. Sexo: MASCULINO FEMEA Sexo desconocido Edad: años Menor de 10 semanas

NOTIFICACIÓN:
 1. Sexo: MASCULINO FEMEA Sexo desconocido Edad: años Menor de 10 semanas

VACUNAS EMPLEADAS:
 Contar en las tablas correspondientes, con celda "X", las vacunas aplicadas al hecho de atención de la(s) niña(s) o niño(s) hospitalizado(s) en el ESAMI. (Anexos: Inmunización en el Centro Hospitalario de Vacunación, vía de aplicación (I, I.M., S, I.V., S, Intraconjuntiva, S, P, etc.), S, etc.).

Fecha de aplicación	Vacunas aplicadas		Lugar de aplicación	Fecha de notificación
	Fecha de aplicación	Nombre de la vacuna		
Ta	2a	3a	4a	5a
BCG				
Hepatitis B				
Pentavalente				
Polio				
DTP				
Rotavirus				
Neumococo conjugado				
Polio				
MM				
Sabin				
SR				
MM				
Ta				
Otros:				

Diarrea para ser/ no ser notificada: Sí No No aplica
 Episodio de vómito/signo de deshidratación: Sí No No aplica

Usó antibiótico antes de la vacunación y al primer signo de enfermedad: Sí No No aplica
 ¿Se presentaba alguna enfermedad en los últimos 15 días? Sí No No aplica
 Tratamiento:

Comentarios:
 Tipo de ESAMI: No ESAMI Sí ESAMI Otro

Valoración de la causalidad:
 1. Asociación causal consistente con la vacunación: Sí No No aplica
 2. Evento relacionado con un defecto en la preparación de la vacuna: Sí No No aplica
 3. Evento relacionado con un defecto en la programación del evento: Sí No No aplica
 4. Asociación causal inconsistente con la vacunación (Coincidental): Sí No No aplica
 5. Asociación causal con las condiciones inherentes al sustrato: Sí No No aplica



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA





ANEXO 14: FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
JUNTA DE COORDINACIÓN Y ASISTENCIA No. 24, RENOVADA LA BARCA

FORMATO PARA LA INVESTIGACIÓN DE INFORMACIONES POR PLAGUICIDAS

I- DATOS DE IDENTIFICACIÓN
 FECHA _____ LOCALIDAD _____ EDAD _____
 NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 DOMICILIO _____
 OCUPACION _____

II- FACTORES DE RIESGO
 1. ACTIVIDAD QUE REALIZABA EN EL MOMENTO DE LA INTOXICACIÓN _____
 2. UTILIZA PROTECCIÓN AL REALIZAR SU TRABAJO? SI _____ NO _____
 3. ¿COMO SE PROTEGE? _____

III- ¿CON QUE SUSTANCIA SE INTOXICÓ?
 4. ¿PORQUE CREE USTED QUE SE INTOXICÓ? _____
 5. ¿ANTIGÜEDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD AL MOMENTO? _____
 6. ¿EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA ES PROPIO? _____
 7. ¿TRABAJA PARA OTRA PERSONA? SI _____ NO _____ ¿QUIER? _____
 8. ¿CUANTAS PERSONAS MÁS REALIZAN LA MISMA ACTIVIDAD? _____
 9. ¿DURANTE CUANTO TIEMPO MÁS REALIZABA DICHA ACTIVIDAD? _____


IV- SÍNTOMAS Y SIGNOS

	SI	NO
NAUSEAS	_____	_____
VÓMITO	_____	_____
CEFALEA	_____	_____
DOLOR ABD.	_____	_____
INDURETUD	_____	_____
SIALORREA	_____	_____
SINUSITIS	_____	_____
FIEBRE	_____	_____
HIPERTENSION	_____	_____
CIANOSIS BUICAL	_____	_____
OLIGURIA	_____	_____
CIROQUE	_____	_____
TRISMEA	_____	_____

V- ATENCIÓN MÉDICA
 1. ¿FUE HOSPITALIZADO? SI _____ NO _____ TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN _____
 2. ¿FUE EMPLEADO? _____



ANEXO 15: FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR VENENO DE ARAÑA CAPULINA / VIUDA NEGRA



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE VECTORES Y ZOONOSIS
FORMATO PARA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR VENENO DE ARAÑA "Viuda Negra (Latrodectus mactans)"

I. Identificación Región Sanitaria: _____ Unidad de Salud: _____
 1. Nombre: _____ 2. Sexo: _____
 4. Domicilio: _____ Localidad: _____
 Municipio: _____ Comunalidad Jalisco: _____

II. Datos de la Mordedura
 1. Fecha: _____ Hora: _____ Actividad que realizaba: _____
 2. Lugar donde estaba: Dentro de la casa () Alrededor del casa () Trabajo () Otro ()
 3. Parte del cuerpo que lo mordió: Cabeza () Codo () Bronco () Arrodillo () Miedo () Mucosa ()
 4. Parte del cuerpo que lo mordió: Brazo () Codo () Bronco () Arrodillo () Miedo () Mucosa ()
 5. Parte del cuerpo que lo mordió: Pierna () Codo () Bronco () Arrodillo () Miedo () Mucosa ()
 6. Parte del cuerpo que lo mordió: Cabeza () Codo () Bronco () Arrodillo () Miedo () Mucosa ()
 7. Parte del cuerpo que lo mordió: Brazo () Codo () Bronco () Arrodillo () Miedo () Mucosa ()
 8. Parte del cuerpo que lo mordió: Pierna () Codo () Bronco () Arrodillo () Miedo () Mucosa ()

III. Manejo empírico inmediato SI () NO ()
 1. Tiempo transcurrido desde la mordedura hasta la aplicación del remedio: _____
 2. Tipo de remedio: Hierba () Tónico () Medicamento () Otro ()
 3. Forma de aplicación: Oral () Local () IM () IV ()
 4. Preparación por: Familiar () Vecino () Farmacéutico () Otro ()

IV. Cuadro Clínico
 Vista: Negra/capulina/otra del ratón
 Grato 1 Leve: prurito/presencia de rascos
 Grato 2 Moderado más grado 1 presentado
 Grato 3 Severo más grado 2 acentuado

V. Atención Médica VER GUÍA DE ATENCIÓN AL REVISOR
 1. Fecha: _____ Hora: _____
 2. Lugar de atención: Centro de Salud () Hospital () Otro ()
 Hospital Regional () Otro ()
 3. Médico tratante: _____ Dosis: _____ Vía: _____
 Medicamento: _____
 Anestésico: _____
 Antibiótico: _____
 Suero Antidémico: _____
 Glucocorticoides: _____
 Otros: _____
 4. Evolución: _____
 5. Referido a otro nivel de atención: SI () NO () Especificar: _____

VII. Evolución
 1. Despección: Fecha: _____ Hora: _____
 2. Muerte: Fecha: _____ Hora: _____
 3. Hospitalización: SI () NO ()
 Responsable de la atención: _____ Firma: _____ Categoría: _____
 Nombre: _____ Firma: _____ Categoría: _____




ANEXO 19: FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIOLENCIA Y LESIONES 17P

DATOS DEL PACIENTE		DATOS DEL AGREDIDOR		DATOS DEL AGRESOR		DATOS DEL AGRESOR		DATOS DEL AGRESOR	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____		NOMBRE: _____		NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
EDAD: _____		EDAD: _____		EDAD: _____		EDAD: _____		EDAD: _____	
SEXO: _____		SEXO: _____		SEXO: _____		SEXO: _____		SEXO: _____	
ESTADO CIVIL: _____		ESTADO CIVIL: _____		ESTADO CIVIL: _____		ESTADO CIVIL: _____		ESTADO CIVIL: _____	
OCCUPACIÓN: _____		OCCUPACIÓN: _____		OCCUPACIÓN: _____		OCCUPACIÓN: _____		OCCUPACIÓN: _____	
DIRECCIÓN: _____		DIRECCIÓN: _____		DIRECCIÓN: _____		DIRECCIÓN: _____		DIRECCIÓN: _____	
TELÉFONO: _____		TELÉFONO: _____		TELÉFONO: _____		TELÉFONO: _____		TELÉFONO: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____	
FECHA DE ATENCIÓN: _____		FECHA DE ATENCIÓN: _____		FECHA DE ATENCIÓN: _____		FECHA DE ATENCIÓN: _____		FECHA DE ATENCIÓN: _____	
HORA DE ATENCIÓN: _____		HORA DE ATENCIÓN: _____		HORA DE ATENCIÓN: _____		HORA DE ATENCIÓN: _____		HORA DE ATENCIÓN: _____	
LUGAR DE ATENCIÓN: _____		LUGAR DE ATENCIÓN: _____		LUGAR DE ATENCIÓN: _____		LUGAR DE ATENCIÓN: _____		LUGAR DE ATENCIÓN: _____	
MOTIVO DE ATENCIÓN: _____		MOTIVO DE ATENCIÓN: _____		MOTIVO DE ATENCIÓN: _____		MOTIVO DE ATENCIÓN: _____		MOTIVO DE ATENCIÓN: _____	
TIPO DE LESIÓN: _____		TIPO DE LESIÓN: _____		TIPO DE LESIÓN: _____		TIPO DE LESIÓN: _____		TIPO DE LESIÓN: _____	
GRAVEDAD: _____		GRAVEDAD: _____		GRAVEDAD: _____		GRAVEDAD: _____		GRAVEDAD: _____	
ESTADO DE CONCIENCIA: _____		ESTADO DE CONCIENCIA: _____		ESTADO DE CONCIENCIA: _____		ESTADO DE CONCIENCIA: _____		ESTADO DE CONCIENCIA: _____	
SIGNOS VITALES: _____		SIGNOS VITALES: _____		SIGNOS VITALES: _____		SIGNOS VITALES: _____		SIGNOS VITALES: _____	
EXAMEN FÍSICO: _____		EXAMEN FÍSICO: _____		EXAMEN FÍSICO: _____		EXAMEN FÍSICO: _____		EXAMEN FÍSICO: _____	
EXAMEN DE LABORATORIO: _____		EXAMEN DE LABORATORIO: _____		EXAMEN DE LABORATORIO: _____		EXAMEN DE LABORATORIO: _____		EXAMEN DE LABORATORIO: _____	
EXAMEN DE IMAGEN: _____		EXAMEN DE IMAGEN: _____		EXAMEN DE IMAGEN: _____		EXAMEN DE IMAGEN: _____		EXAMEN DE IMAGEN: _____	
DIAGNÓSTICO: _____		DIAGNÓSTICO: _____		DIAGNÓSTICO: _____		DIAGNÓSTICO: _____		DIAGNÓSTICO: _____	
TRATAMIENTO: _____		TRATAMIENTO: _____		TRATAMIENTO: _____		TRATAMIENTO: _____		TRATAMIENTO: _____	
EVOLUCIÓN: _____		EVOLUCIÓN: _____		EVOLUCIÓN: _____		EVOLUCIÓN: _____		EVOLUCIÓN: _____	
COMENTARIOS: _____		COMENTARIOS: _____		COMENTARIOS: _____		COMENTARIOS: _____		COMENTARIOS: _____	



ANEXO 20: FORMATO PARA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR VENENO DE VÍBORA



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE VECTORES Y ZOONOSIS
FORMATO PARA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR VENENO DE VÍBORA

1. Identificación: Región Sanitaria: _____ Unidad de Salud: _____
 1. Nombre: _____
 2. Sexo: _____ 3. Edad: _____ 4. Ocupación: _____
 5. Domicilio: _____ Localidad: _____ Municipio: _____

II. Datos de la Morbilidad

1. Fecha: _____ 2. Actividad que Realizó: _____
 3. Lugar donde Estaba (Centro de Casa) (Trabajo) (Otro: _____)
 4. Región Corporal Afectada: Cabeza y Cuello () Tronco () Brazo-Arterial () Muño ()
 Pierna () Mano () Pie () Codo () Carótida ()

III. Manejo empírico inmediato: Si () No ()

1. Tiempo transcurrido desde la mordedura hasta la aplicación del remedio _____
 2. Tipo de remedio: Hierbas () Tomate () Medicamentos y otros: _____
 3. Forma de aplicación: Oral () Local () IM () IV ()
 4. Preparación por: Familiar () Vecino () Farmacéutico () Otro: _____

IV. Cuadro Clínico

Víbora de Cascabel/Crotalide/Viegata	Grado 0 Suspecho	Grado 1 Leve	Grado 2 Moderado más grado 1	Grado 3 Severo más grado 2	Grado 4 Muy Severo más grado 3
Pruebas de coágulos	()	()	()	()	()
Dolor local	()	()	()	()	()
Hematomas por las picaduras de la mordedura	()	()	()	()	()
Dolor intenso en miembro afectado	()	()	()	()	()
Edeema de 10 cm o menos	()	()	()	()	()
Grado 2 Moderado más grado 1	()	()	()	()	()
Mucositas y vómito	()	()	()	()	()
Droptosis	()	()	()	()	()
Pícoras con contenido seroso o sanguinolento	()	()	()	()	()
Oliguria leve	()	()	()	()	()
Dolor de cabeza	()	()	()	()	()
Grado 3 Severo más grado 2	()	()	()	()	()
Adenopatía en sitio de la mordedura o miembros (miocromatosis)	()	()	()	()	()
Dolor abdominal	()	()	()	()	()
Parálisis	()	()	()	()	()
Duras	()	()	()	()	()
Hematurias, hemoptias, hematurias	()	()	()	()	()

VI. Atención Médica: VER GUÍA DE ATENCIÓN AL REVERSO

1. Fecha: _____ Hora: _____
 2. Lugar de atención: Centro de Salud () Hospital ()
 3. El diagnóstico es solo por sospecha clínica: Si () No ()
 4. Manejo Farmacológico

Medicamento	Nombre Gen.	Dosis	Vía*
Suero Antiveneno			
Antidoto			
Analgesicos			
Antibióticos			
Plasma Fresco			
Sol. Parenteral			
Succion Gástrica			
Oxígeno			

5. Referido a otro nivel de atención: Si () No () Especificar: _____

VI. Evolución

1. Recuperación Fecha: _____ Hora: _____
 2. Hospitalización: Si () No ()
 3. Muerte Fecha: _____ Hora: _____

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN:
 Nombre: _____ Firma: _____ Categoría: _____



ANEXO 21: FORMATO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ABEJA AFRICANA

FOLIO SEGURO POPULAR: _____

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA ABEJA
FORMA DE ATENCION DE CASOS



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____ Municipio: _____	Domicilio o lugar de la agresión: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Piquetes que recibió: _____ Parte del cuerpo donde recibió las picaduras: _____ Cabeza: _____ Cara: _____ Cuello: _____ Torax: _____ Abdomen: _____ Extremidades: _____ ¿Que estaba haciendo cuando le picao? _____	1.- Se aplico algun tipo de locion o perfume? SI _____ NO _____ 2.- Se habia terminado de bañar antes de ser picado? SI _____ NO _____ 3.- Habia ruidos fuertes? SI _____ NO _____ 4.- Llevaba sueter o chamarra? SI _____ NO _____ 5.- Usted o alguien molesto o agredio a las abejas? SI _____ NO _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Manifestaciones clínicas: Local: Dolor: _____ Edema: _____ Eritema: _____ Toxicos: Nauseas: _____ Taquicardia: _____ Vomito: _____ Mareo: _____ Disnea: _____ Choque: _____ Urticaria: _____ Otros: _____ </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Atencion Medica: Fecha: _____ Hora: _____ Lugar de atencion: Centro de Salud: _____ Hospital: _____ Servicios particulares: _____ Tratamiento: Local: _____ Hielo / Compresas / Agua Fria _____ Extarcion del Agujon _____ Sitematicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Medicamento</th> <th style="width: 20%;">Dosis</th> <th style="width: 30%;">Via de administracion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anthistaminicos</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Analgesicos</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Corticoides</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Adrenalina</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </table>	Manifestaciones clínicas: Local: Dolor: _____ Edema: _____ Eritema: _____ Toxicos: Nauseas: _____ Taquicardia: _____ Vomito: _____ Mareo: _____ Disnea: _____ Choque: _____ Urticaria: _____ Otros: _____	Atencion Medica: Fecha: _____ Hora: _____ Lugar de atencion: Centro de Salud: _____ Hospital: _____ Servicios particulares: _____ Tratamiento: Local: _____ Hielo / Compresas / Agua Fria _____ Extarcion del Agujon _____ Sitematicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Medicamento</th> <th style="width: 20%;">Dosis</th> <th style="width: 30%;">Via de administracion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anthistaminicos</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Analgesicos</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Corticoides</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Adrenalina</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Medicamento	Dosis	Via de administracion	Anthistaminicos	_____	_____	Analgesicos	_____	_____	Corticoides	_____	_____	Adrenalina	_____	_____	Otros	_____	_____
Manifestaciones clínicas: Local: Dolor: _____ Edema: _____ Eritema: _____ Toxicos: Nauseas: _____ Taquicardia: _____ Vomito: _____ Mareo: _____ Disnea: _____ Choque: _____ Urticaria: _____ Otros: _____	Atencion Medica: Fecha: _____ Hora: _____ Lugar de atencion: Centro de Salud: _____ Hospital: _____ Servicios particulares: _____ Tratamiento: Local: _____ Hielo / Compresas / Agua Fria _____ Extarcion del Agujon _____ Sitematicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Medicamento</th> <th style="width: 20%;">Dosis</th> <th style="width: 30%;">Via de administracion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anthistaminicos</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Analgesicos</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Corticoides</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Adrenalina</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Medicamento	Dosis	Via de administracion	Anthistaminicos	_____	_____	Analgesicos	_____	_____	Corticoides	_____	_____	Adrenalina	_____	_____	Otros	_____	_____				
Medicamento	Dosis	Via de administracion																					
Anthistaminicos	_____	_____																					
Analgesicos	_____	_____																					
Corticoides	_____	_____																					
Adrenalina	_____	_____																					
Otros	_____	_____																					
Alergia: Reaccion local mayor 15 cm: _____ Angiodema generalizado: _____ Broncoespasmos: _____ Edema de lengua: _____ Edema de glotis: _____ Disfagia: _____ Disfonia: _____ Choque: _____ Otros: _____			Otras medidas terapeuticas: Sol. Parenteral _____ Oxigeno _____ Otros: _____																				
Evolucion: Recuperacion: Fecha: _____ Hora: _____ Muerte: Fecha: _____ Hora: _____		Tiempo transcurrido entre la picadura y atencion medica: _____ Tiempo transcurrido entre la picadura y muerte: _____																					
Sitio de localizacion de la colmena o enjambre: _____																							

ANEXO 22: HOJA DE REGISTRO DE ATENCIÓN POR LESIONES EN LA UNIDAD MÉDICA

DATOS DEL AFECTADO		DATOS DEL EVENTO		AGRESOR		ATENCIÓN	
1. NOMBRE Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre(s): _____		2. FECHA OCUERRENCIA Día: ____ Mes: ____ Año: ____		3. USUARIO REFERIDO POR: Unidad de Salud de otra Institución del Suroeste-Sinclair: ____ Preocupación de Atención: ____ Instituciones no gubernamentales: ____ Desarrollo Social: ____ Sustituciones no gubernamentales: ____ Sin referencia (Incluye a Profesionales): ____		4. TIPO DE ATENCIÓN Médica: ____ Psicológico: ____ Unidad Médica de los Servicios Estatales de Salud: ____ Secretaría de Salud: ____ Procuraduría de Atención: ____ Sustituciones no gubernamentales: ____ Sin referencia (Incluye a Profesionales): ____	
3. NOMBRE Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre(s): _____		20-22. FECHA OCUERRENCIA Día: ____ Mes: ____ Año: ____		33. USO EQUIPO DE SEGURIDAD Si: ____ No: ____		43. DE BOLETA QUE FUE BAJO LOS EFECTOS DE: Alcohol: ____ Hora: ____ Fármacos: ____ Minutos: ____ Otros: ____	
4. DERECHAMENCIÓN IMSS: ____ Seguro Privado: ____ Seguro Popular: ____		23. HORA Hora: ____ Minutos: ____		34. QUÉ EQUIPO DE SEGURIDAD UTILIZÓ Cinturón de Seguridad: ____ Casco: ____ Otro: ____		44-45. FECHA Día: ____ Mes: ____ Año: ____	
5. CURP (Ingresar con ceros a la izquierda) Sexo: ____ Fecha de nacimiento: ____		24. FUE BAJO EFECTO DE: Si: ____ No: ____		35. ÁREA ANATÓMICA DE MAYOR GRAVEDAD Cabeza: ____ Tórax: ____ Miembros superiores: ____ Miembros inferiores: ____ Múltiples: ____ Otro: ____		46. PARENTESCO CON EL AFECTADO Padre: ____ Madre: ____ Otro pariente: ____ Desconocido: ____	
6. APLICACIÓN PENEX: ____ Oportunidades: ____		25. INTERENCIONALIDAD Accidental: ____ Violencia familiar: ____ Violencia psicológica: ____ Violencia sexual: ____ Violencia por celos: ____ Violencia por celos (s) de violencia (s): ____ Violencia por celos (s) de violencia (s) de violencia (s): ____		36. CONSECUENCIA RESULTANTE DE MAYOR GRAVEDAD Quemadura / comadón: ____ Herida: ____ Dolor: ____ Múltiple: ____ Otro: ____		47. TIEMPO DE TRASLADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA Menos de 1 hora: ____ Entre 1 y 2 horas: ____ Más de 2 horas: ____ Otro: ____	
7. EXPERIENCIA SEMAR: ____ SEDENA: ____ Ninguna: ____		26. AGENTE DE LA LESIÓN Objeto contundente: ____ Adicción o envenenamiento: ____ Sustancias químicas: ____ Vehículo de motor: ____ Otro: ____		37. RECEBIÓ ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Si: ____ No: ____		48. SI FUE ATENDIDO EN URGENCIAS, DESCRIBA EL TIEMPO DE ESPERA EN EL SERVICIO Urgencias: ____ Otro Servicio: ____ Otro: ____	
8. APLICACIÓN PENEX: ____ Oportunidades: ____		27. SI LE REQUERIERA REVISAR EN 24 HORAS (S) SUSPENSAR EL (LOS) SIGA (S) DE VIGILANCIA (S) Si: ____ No: ____		38. TIEMPO DE TRÁNSITO DEL AFECTADO AL SERVICIO Cabeza: ____ Tórax: ____ Miembros superiores: ____ Miembros inferiores: ____ Múltiples: ____ Otro: ____		49. SI FUE ATENDIDO EN URGENCIAS, DESCRIBA EL TIEMPO DE ESPERA EN EL SERVICIO Urgencias: ____ Otro Servicio: ____ Otro: ____	
9. APLICACIÓN PENEX: ____ Oportunidades: ____		28. DE BOLETA QUE EL PACIENTE ESTABA BAJO LOS EFECTOS DE: Alcohol: ____ Drogas: ____ Drogas ilegales: ____ Drogas ilegales: ____		39. TIEMPO DE TRÁNSITO DEL AFECTADO AL SERVICIO Cabeza: ____ Tórax: ____ Miembros superiores: ____ Miembros inferiores: ____ Múltiples: ____ Otro: ____		50. DIAGNÓSTICOS FINALES EN ORDEN DE IMPORTANCIA 1. ____ 2. ____ 3. ____	
10. SEXO Masculino: ____ Femenino: ____		29. DE BOLETA QUE EL PACIENTE ESTABA BAJO LOS EFECTOS DE: Alcohol: ____ Drogas: ____ Drogas ilegales: ____ Drogas ilegales: ____		40. TIEMPO DE TRÁNSITO DEL AFECTADO AL SERVICIO Cabeza: ____ Tórax: ____ Miembros superiores: ____ Miembros inferiores: ____ Múltiples: ____ Otro: ____		51. USUARIO REFERIDO POR: Unidad de Salud de otra Institución del Suroeste-Sinclair: ____ Preocupación de Atención: ____ Instituciones no gubernamentales: ____ Sustituciones no gubernamentales: ____ Sin referencia (Incluye a Profesionales): ____	
11. PAZIENTE ENFERMO Si: ____ No: ____		30. SITIO DE OCURENCIA Vivienda: ____ Institución residencial: ____ Trabajo: ____ Local: ____ Calle: ____ Calle: ____		41. SEXO Masculino: ____ Femenino: ____		52. DIAGNÓSTICOS FINALES EN ORDEN DE IMPORTANCIA 1. ____ 2. ____ 3. ____	
12. SÍMBOLO Y ESCRIBIR Si: ____ No: ____		31. AGENTE DE LA LESIÓN Objeto contundente: ____ Adicción o envenenamiento: ____ Sustancias químicas: ____ Vehículo de motor: ____ Otro: ____		42. PARENTESCO CON EL AFECTADO Padre: ____ Madre: ____ Otro pariente: ____ Desconocido: ____		53. DIAGNÓSTICOS FINALES EN ORDEN DE IMPORTANCIA 1. ____ 2. ____ 3. ____	
13. ESCOLARIDAD Primaria: ____ Secundaria: ____ Superior: ____ Otra: ____ Ninguna: ____		32. SI LA CAUSA FUE ACCIDENTE DE VEHÍCULO DE MOTOR Especificar: ____ Descripción: ____		43. DE BOLETA QUE FUE BAJO LOS EFECTOS DE: Alcohol: ____ Hora: ____ Fármacos: ____ Minutos: ____ Otros: ____		54. USUARIO REFERIDO POR: Unidad de Salud de otra Institución del Suroeste-Sinclair: ____ Preocupación de Atención: ____ Instituciones no gubernamentales: ____ Sustituciones no gubernamentales: ____ Sin referencia (Incluye a Profesionales): ____	



ANEXO 23: INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DETECCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LA UNIDAD HOSPITALARIA (ANVERSO)

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN UNIDADES HOSPITALARIAS.

NOMBRE DEL HOSPITAL: Hospital Regional de La Barca
LOCALIDAD: La Barca JURISDICCIÓN: IV
Nº DE CAMAS: 60 MES: _____ AÑO: _____

PARTE I.- INFORME MENSUAL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

SERVICIO	Nº DE CASOS DE INFECCIONES HOSP	Nº EGRESOS EN EL MES	TASA /100	PROBLEMAS ESTABLECIDA
PERIURBIA				
CIRUJIA GENERAL				
QUIR. PSI.				
OBSTETRICIA				
TRAUMATOLOGIA				
TRAUMATOLOGIA				
OTRO				
TOTAL				

CUANTOR DE FUENTES DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN HOSPITALARIA

SERVICIO	LOCALIZACIÓN DE LA INFECCION	GERMEN AISLADO	PROBLEMA ATRIBUIBLE
CIRUGIA			
MEDICINA INTERNA			

SERVICIO ACCIONES O MEDIDAS TOMADAS
CIRUGIA
MEDICINA INTERNA

PARTE III:

SIN MOVIMIENTO
CASOS DE ANENCEFALIA ** NÚMERO DE NACIMIENTOS EN EL MES TASA *



ANEXO 23: INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DETECCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LA UNIDAD HOSPITALARIA (REVERSO).

CASOS DE ESPINA BIFIDA **	NO RECIEN NACIDOS EN EL MES	TASA *		
CASOS DE MENINGOCELE **	NO RECIEN NACIDOS EN EL MES	TASA *		
CASOS DE DEF. TUBO NEURAL **	NO RECIEN NACIDOS EN EL MES	TASA *		

* TASA POR 1000 NACIDOS EN EL HOSPITAL DURANTE EL MES
** INCLUYE MUERTES FETALES

PARTE IV.- BROTES DETECTADOS DURANTE EL MES		No. DE CASOS
TIPO DE BROTES (DIAGNOSTICO)	SERVICIO	

PARTE V.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL MES

INDICADOR	No.
* PRUEBAS DE DETECCIÓN REALIZADAS EN EL MES	0
* PRUEBAS CONFIRMATORIAS REALIZADAS	0
* PORTADORES ASINTOMÁTICOS NUEVOS DETECTADOS	0
* CASOS NUEVOS DETECTADOS DURANTE EL MES	0
* DEFUNCIONES OCURRIDAS DURANTE EL MES	0

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD





ANEXO 24: INFORME SEMANAL DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES SUIVE (HOJA 1)

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
 Informe semanal de casos nuevos de enfermedades

Instrucciones: Llene a máquina preferentemente; sólo al escribir en el reverso coloque papel carbón y siga el orden del original y copia; remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve la copia.

Semana No. _____ de _____ de _____ de 20 _____ **SUIVE-1-2014**

Municipio: _____ Jurisdicción: _____ Entidad o Delegación: _____

Secretaría de Salud: 1 IMSS: 2 ISSSTE: 3 Otras (especificar): 4 IMSS-Oportunidades: 5 DIF: 6 PEMEX: 7 SEDENA: 8 SEMAR: 9

Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																								Total		TOTAL
		< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64		65 Y >		Ign.		M	F	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
MOR MALIGNO DE LA MAMA C50	119																											
MOR MALIGNO DEL CUELLO DE ÚTERO (+) C53	97																											
PLASIA CERVICAL LEVE Y MODERADA (+) N87.0-N87.1	117																											
PLASIA CERVICAL SEVERA Y CACU IN SITU (+) N87.2, D06	118																											
DEFALOCELE (+) Q01	129																											
FINA BIFIDA (+) Q05	130																											
BO Y PALADAR HENDIDO Q35-Q37	121																											
ENCEFALIA (+) G00	96																											
PRESIÓN F32	169																											
ENFERMEDAD DE PARKINSON G20	170																											
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER G30	171																											
LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE V01-V09	123																											
ACCIDENTES DE TRANSPORTE EN VEHICULOS CON MOTOR V20-V29, V40-	124																											
ROEDURAS POR PERRO W54	126																											
ROEDURAS POR OTROS MAMIFEROS W55	132																											
ROEDURA POR SERPIENTE X20	133																											
LESIONES POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y07.0-Y07.2	122																											
LESIONADA POR ARMA DE FUEGO Y PUNZOCORTANTES W02-W04	172																											

* SIN CÓDIGO (*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA (+) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO (#) ESTUDIO DE BROTE

135-046-9596 AM 2014





ANEXO 24: INFORME SEMANAL DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES SUIVE (HOJA 2)

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																				Total	TOTAL				
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64				65 Y >		Ign.	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F	M	F
ENFERMEDADES BIEN DEFINIDAS EPIDEMIOLÓGICAS	MIENINGITIS (#) 030-032 excepto 030.0 030.1	41																										
	EFECTOS DEL CALOR Y DE LA LIZ/ 787	148																										
	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS N30, N34, N39.0	110																										
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	BOCIO ENDEMICO E91	48																										
	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE (TIPO I) E10	127																										
	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE (TIPO II) E11-E14	49																										
	DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO Q24.4	130																										
	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL F10.0	112																										
	FIEBRE REUMÁTICA AGUDA I00-I02	46																										
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL I10-I15	47																										
	ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN I20-I25	51																										
	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR I60-I67, I69	52																										
	ASMA J45, J46	54																										
	GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL K05	128																										
	ÚLCERAS, GASTRITIS Y DUODENITIS K25-K29	109																										
	ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HIGADO K70 EXCEPTO K70.3	111																										
	INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS T60	67																										
	INTOXICACIÓN POR PONZOÑA DE ANIMALES T63, X21, X27, EXCEPTO T63.2	68																										
	INTOXICACIÓN POR PICADURA DE ALACRÁN T63.2, X22	84																										
	EDEMA, PROTEINURIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO O10-O16	107																										
	EFECTOS ADVERSOS TEMPORALMENTE ASOCIADOS A VACUNAS (E7AV) (+) T58, T59	91																										
	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA N40	151																										
	HIPOTERMIA T68	152																										
	INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA I87.2	106																										
	INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (+) T58	150																										
CÓNTACTO TRAUMÁTICO CON AVISPAS, AVISPONES Y ABEJAS X23	174																											
QUEMADURAS T20-T32	125																											
ADICCIONES F10-F19 EXCEPTO F10.0	146																											
CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA K70.3	150																											
NUTRICIÓN	DESNUTRICIÓN LEVE E44.1	114																										
	DESNUTRICIÓN MODERADA E44.0	115																										
	DESNUTRICIÓN SEVERA E40-E43	116																										
	OBESIDAD E66	135																										
	ANOREXIA Y BULIMIA F50	155																										

S/C = SIN CÓDIGO (*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA (+) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO (#) ESTUDIO DE BROTE

135-046-9596 AM 2014



ANEXO 24: INFORME SEMANAL DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES SUIVE (HOJA 3)

SALUD Secretaría de Salud **SEDENA** **SEMAR** **IMSS** **ISSSTE** **DIF** **PEMEX** SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Informe semanal de casos nuevos de enfermedades

Instrucciones: Llene a máquina preferentemente; sólo al escribir en el reverso coloque papel carbón y siga el orden del original y copia; remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve la copia

Semana No. _____ del _____ de _____ de 2014 SUIVE-1-2014

Municipio: _____ Jurisdicción: _____ Entidad o Delegación: _____

Secretaría de Salud IMSS ISSSTE Otras (especificar) _____ IMSS-Oportunidades DIF PEMEX SEDENA SEMAR

Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI CLAVE	Número de casos según grupo de edad y sexo																				Total		TOTAL		
		< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64		65 Y >			Igr.	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F
BRUCELOSIS A23		29																								
LEPTOSPIROSIS (+ #) A27	✓	102																								
RABIA HUMANA (+ #) A82	✓	31																								
CISTICERCOSIS B69		30																								
TENIASIS B68		12																								
TRICINELOSIS B75		103																								
ESCARLATINA A38		34																								
ERISPELA A46		35																								
TUBERCULOSIS OTRAS FORMAS (+) A17.1, A17.8, A17.9, A18-A19	✓	45																								
LEPRA (+) A30	✓	73																								
HEPATITIS VÍRICA C B17.1, B18.2		104																								
OTRAS HEPATITIS VÍRICAS B17-B19 excepto B17.1, B18.2		39																								
CONJUNTIVITIS H10		173																								
ESCABIOSIS B66		43																								
CONJUNTIVITIS EPIDÉMICA AGUDA HEMORRÁGICA B30.3		36																								
MAL DEL PINTO A67		72																								
MENINGOENCEFALITIS AMEBIANA PRIMARIA (+ #) B60.2		68																								
TOXOPLASMOSIS B58		105																								
TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGASI) (+ #) B57	✓	71																								
INFECCIONES NOSOCOMIALES (+ #) Y96	✓	181																								
LEISHMANIASIS VISCERAL B55.0		144																								
LEISHMANIASIS CUTÁNEA B55.1		145																								
ONCOCERCOSIS (+) B73	✓	69																								
ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA A92.0		146																								
TRACOMA (+) A71	✓	74																								
ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA (+ #) U97	✓	94																								
PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (+ #) U98	✓	68																								
SÍNDROME COQUELUCHOIDE (+ #) U99	✓	96																								
SÍNDROME FEBRIL (#) SIC		147																								

SIC = SIN CÓDIGO (*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA (+) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO (#) ESTUDIO DE BROTE

135-046-0596 AM 2013





ANEXO 25: NOTA MÉDICA DE EPIDEMIOLOGIA



D-22

NOTA DE VALORACION EPIDEMIOLOGICA

HOSPITAL REGIONAL LA BARCA - JAL.	CLUES: JCSSA013815		
NOMBRE DEL PACIENTE:			
DERECHOHABIENTIA:	NUMERO DE EXPEDIENTE:		
EDAD:	SEXO:	HORA:	FECHA:
DEFINICION OPERACIONAL: SI / NO / NA	CASO PROBABLE:		
CASO SOSPECHOSO:	CASO DESCARTADO:		
CASO CONFIRMADO:			
CONGRUENCIA CLINICO-DIAGNOSTICO:			
CONGRUENCIA DIAGNOSTICO-TRATAMIENTO:			
CONGRUENCIA DIAGNOSTICO-PRONOSTICO:			
ANALISIS: DE ACUERDO A NOM-G.P.C.-MECIC			
ALTERNATIVAS DE SOLUCION:			
NOMBRE:	FIRMA:		



ANEXO 26: SOLICITUD DE EXÁMENES



Secretaría de Salud
Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS
Carpio 470, Col. Sto. Tomás, C.P. 11340 Tel. Comandante: (5) [25] 5342-7550 Fax: (5) [25] 5341-1188, 5342-1230
e-mail: indre@salud.gob.mx



FORMATO ÚNICO PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

REM-U-F-12

NUM. DE PAQUETE: _____
FECHA DE ENVÍO: ____/____/____
INSTITUCIÓN: _____
CALLE: _____
MUNICIPIO: _____ COLONIA: _____
TEL.: _____ FAX: (indispensable) _____ E-mail: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ C.P. _____

DATOS DEL PACIENTE
Nombre(s) _____ Apellido Materno _____
DOMICILIO _____ COLONIA: _____
ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ O EDAD: ____ AÑOS ____ MESES ____ DÍAS SEXO: M F
HOSPITALIZACIÓN: SI NO SITUACIÓN DEL PACIENTE: VIVO MUERTO

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTICO REFERENCIA: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD
ORIGEN: HUMANA ANIMAL AMBIENTAL
TIPO DE MUESTRA: ALIMENTO ESPUTO: CON SANGRE MUCOPURULENTO SALIVA
 LÁGRIMA SUERO ORINA GEPa LCR BIOPSIA LAMINILLA GARGARISMO IMPRONTA SANGRE PIEL
 EXUDADO FARÍNGEO EXUDADO NASOFARÍNGEO BIOPSIA LAMINILLA GARGARISMO IMPRONTA SANGRE PIEL
 TEJIDO CEREBRAL PIEL CABELLUDA LAVADO NASOFARÍNGEO HECES: SÓLIDAS PASTOSAS LÍQUIDAS
OTRAS: _____

FECHA DE TOMA: ____/____/____
FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: ____/____/____

DIAGNÓSTICO SOLICITADO
Impresión diagnóstica: _____
Estudio solicitado: _____ Clave _____ Descripción _____

INFORMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO
ESTUDIOS REALIZADOS PREVIAMENTE: _____
VIVE EN ZONA ENDEÉMICA: _____
FECHA INICIO DE PARÁLISIS: ____/____/____ ¿HA ESTADO EN CONTACTO CON CASOS SIMILARES? SI NO SE IGNORA
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: ____/____/____ Y _____
¿EFECTUO ALGÚN VIAJE LOS DÍAS PREVIOS AL INICIO DE LA ENFERMEDAD? SI NO -¿CUANTOS DÍAS ANTES? _____ ESPECIFIQUE
LOS LUGARES VISITADOS: _____
EXPOSICIÓN CON ANIMALES: SI NO ESPECIE ANIMAL: _____
-INGESTIÓN DE LACTEOS SI NO

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO
EN CASO DE SOSPECHA DE RABIA CONTESTE LO SIGUIENTE: ¿SUFRIO AGRESIÓN POR PARTE DEL ANIMAL SEÑALADO? SI NO
SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN: _____ NÚMERO DE PERSONAS QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL ANIMAL: _____
EDAD DEL ANIMAL: ____/____/____ CAUSA DE LA MUERTE: _____
TIPO DE VACUNA: _____ FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: ____/____/____ No. DE CASO: _____
DATOS CLÍNICOS DEL ANIMAL: AGRESIVIDAD FOTOFOBIA AEROFOBIA HIDROFOBIA SALIVACIÓN PROFUSA INCOORDINACIÓN
 PARÁLISIS AGRESOR VÍCTIMA

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

