



NOTIFICACION Y CIERRE DE CASO

GENERACION DE ALERTA	I. Datos notificación	1. Institución	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MSP</td><td>IESS</td><td>FFAA</td><td>POLI</td><td>JBG</td><td>MEC</td><td>DRS</td><td>PRIV</td><td>ONG</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	DRS	PRIV	ONG										2. Nombre de la Unidad que notifica _____	
	MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	DRS	PRIV	ONG														
	3. Ubicación Unidad	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Provincia</td> <td style="width: 33%;">Cantón</td> <td style="width: 33%;">Parroquia</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Provincia	Cantón	Parroquia																
Provincia	Cantón	Parroquia																					
4. Fecha de atención	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">día</td> <td style="width: 20%;">mes</td> <td style="width: 20%;">año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	día	mes	año				5. Nombre de quien notifica _____															
día	mes	año																					
6. Nombre	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre					7. N° de documento de identificación	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																				
8. Número de expediente / Historia Clínica _____	9. Nacionalidad _____																						
10. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	11. Fecha de nacimiento	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">día</td> <td style="width: 20%;">mes</td> <td style="width: 20%;">año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	día	mes	año				12. Edad en:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">años</td><td style="font-size: 8px;">meses</td><td style="font-size: 8px;">días</td><td></td><td></td> </tr> </table>						años	meses	días					
día	mes	año																					
años	meses	días																					
13. Lugar de residencia	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Provincia</td> <td style="width: 33%;">Cantón</td> <td style="width: 33%;">Parroquia</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Provincia	Cantón	Parroquia																	
Provincia	Cantón	Parroquia																					
14. Dirección exacta: _____ Barrio, localidad	Telf.: _____																						
15. Lugar probable de infección: _____																							
16. Ocupación _____	17. Autoidentificación _____	18. Comorbilidad	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																			
19. Fecha de inicio de síntomas	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">día</td> <td style="width: 20%;">mes</td> <td style="width: 20%;">año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	día	mes	año				20. Diagnóstico inicial: _____ Sindrómico o enfermedad															
día	mes	año																					
21. Embarazada	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	22. Semanas de gestación _____																				
23. Muestra de laboratorio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	24. Tipo de muestra	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Fecha toma</th> </tr> <tr> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table>		Fecha toma			día	mes	año	1.				2.				3.			
	Fecha toma																						
	día	mes	año																				
1.																							
2.																							
3.																							
25. Nombre y ubicación del laboratorio: _____																							

CIERRE DE CASO	V. Laboratorio	26. Tipo de muestra	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Fecha de recepción</th> <th colspan="2">Muestra adecuada</th> <th colspan="3">Fecha de procesamiento</th> <th colspan="3">Fecha entrega resultado</th> </tr> <tr> <th>día</th><th>mes</th><th>año</th><th>si</th><th>no</th><th>día</th><th>mes</th><th>año</th><th>día</th><th>mes</th><th>año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table>		Fecha de recepción			Muestra adecuada		Fecha de procesamiento			Fecha entrega resultado			día	mes	año	si	no	día	mes	año	día	mes	año	1.												2.												3.												27. Resultado	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	Dudoso <input type="checkbox"/>	28. Resultado (agente)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
		Fecha de recepción			Muestra adecuada		Fecha de procesamiento			Fecha entrega resultado																																																												
		día	mes	año	si	no	día	mes	año	día	mes	año																																																										
	1.																																																																					
2.																																																																						
3.																																																																						
Observaciones	_____					1. _____	2. _____																																																															
29. Se realizó investigación	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	30. Fecha de investigación	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">día</td> <td style="width: 20%;">mes</td> <td style="width: 20%;">año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	día	mes	año				31. No. Contactos sintomáticos																																																											
día	mes	año																																																																				
32. Evolución del caso	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="font-size: 8px;">Ambulatorio</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="font-size: 8px;">Hospitalización</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="font-size: 8px;">UCI</td> </tr> </table>		Ambulatorio		Hospitalización		UCI	33. Condición final del caso	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="font-size: 8px;">Vivo</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="font-size: 8px;">Con discapacidad</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="font-size: 8px;">Muerto</td> </tr> </table>		Vivo		Con discapacidad		Muerto																																																							
	Ambulatorio																																																																					
	Hospitalización																																																																					
	UCI																																																																					
	Vivo																																																																					
	Con discapacidad																																																																					
	Muerto																																																																					
34. Fecha de fallecimiento	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">día</td> <td style="width: 20%;">mes</td> <td style="width: 20%;">año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	día	mes	año																																																																		
día	mes	año																																																																				
35. Clasificación final caso	Confirmado <input type="checkbox"/>	Descartado <input type="checkbox"/>	No concluyente <input type="checkbox"/>																																																																			
36. Confirmado por	Laboratorio <input type="checkbox"/>	Clinico <input type="checkbox"/>	Nexo epid. <input type="checkbox"/>	37. Diagnóstico final _____																																																																		
				38. Fecha cierre caso	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">día</td> <td style="width: 20%;">mes</td> <td style="width: 20%;">año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	día	mes	año																																																														
día	mes	año																																																																				
				39. Nombre responsable epid. _____																																																																		