



Ministerio  
de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública  
Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SIVE - ALERTA  
EPI 1 - Individual

## NOTIFICACION Y CIERRE DE CASO

GENERACION DE ALERTA																					
I. Datos notificación	II. Datos del paciente																				
1. Institución <table border="1"><tr><td>MSP</td><td>IESS</td><td>FFAA</td><td>POLI</td><td>JBG</td><td>MEC</td><td>ERS</td><td>PRIV</td><td>ONG</td></tr><tr><td></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	ERS	PRIV	ONG										2. Nombre de la Unidad que notifica _____		
MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	ERS	PRIV	ONG													
3. Ubicación Unidad Provincia _____ Cantón _____ Parroquia _____	4. Fecha de atención día _____ mes _____ año _____																				
5. Nombre de quien notifica _____	6. Nombre Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____																				
7. N° de documento de identificación <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											8. Número de expediente / Historia Clínica _____										
9. Nacionalidad _____	10. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer																				
11. Fecha de nacimiento día _____ mes _____ año _____	12. Edad en: años _____ meses _____ días _____																				
13. Lugar de residencia Provincia _____ Cantón _____ Parroquia _____	14. Dirección exacta: _____ Telf.: _____ Barrio, localidad _____																				
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 día _____ mes _____ año _____	20. Diagnóstico inicial: _____ Sindrómico o enfermedad _____																				
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"><thead><tr><th></th><th colspan="3">Fecha toma</th></tr><tr><th></th><th>día</th><th>mes</th><th>año</th></tr></thead><tbody><tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></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	VI. Investigación de caso																																																												
26. Tipo de muestra <table border="1"><thead><tr><th></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></th><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></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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"/>
	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.																																																													
28. Resultado (agente) Observaciones _____	29. Se realizó investigación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																												
30. Fecha de investigación día _____ mes _____ año _____	31. No. Contactos sintomáticos _____																																																												
32. Evolución del caso Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/>	33. Condición final del caso Vivo <input type="checkbox"/> Con discapacidad <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>																																																												
34. Fecha de fallecimiento 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"/> Clínico <input type="checkbox"/> Nexo epid. <input type="checkbox"/>	37. Diagnóstico final _____																																																												
38. Fecha cierre caso día _____ mes _____ año _____	39. Nombre responsable epid. _____																																																												