

ANEXOS



ANEXO I

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SS-EPI-1-85

INFORME SEMANAL DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES

UNIDAD _____ SEMANA N.° _____ DEL _____ DE _____ AL _____ DE _____ DE 19 _____

CLAVE DE LA UNIDAD _____ LOCALIDAD _____ MPIO. _____

JURISDICCION O DELEGACION _____ ENTIDAD _____

DIAGNOSTICO		CODIGO C I E 9a REV	* NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD (AÑOS)										FUENTE DE NOTIFICACION				
			TOTAL	MESES DE 1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 y +	IGNORA- DA	SSA	IMSS	ISSSTE	OTRAS		
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION	DIFTERIA -w<	032															
	POLIOMELITIS AGUDA -w<	045															
	SARAMPION -w<	035															
	TETANOS -w<	057 670															
	TETANOS NEONATAL	771.3															
	TOSFERINA -w< ISIND. COQUELUCOIDE	035															
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS DEL APARATO DIGESTIVO	ANIBIASIS <	008.00082 0084-0088															
	ABSCESO HEPATICO AMIBIANO <	006.3															
	ANQUILOSTOMIASIS Y NECATORIASIS	126															
	ASCARIASIS	127.0															
	SHIGELOSIS <	004															
	FIEBRE TIFOIDEA -w<	002.0															
	GIARDIASIS	007.1															
	OTRAS INFEC. INTEST. Y LAS MAL DEFINIDAS <	008 009															
	INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA -w<	005															
	ORIURIASIS	127.4															
	PARATIFOIDEA Y < OTRAS SALMONELLOSIS	002.1 002.9 003															
	TENIASIS	125.0 125.5															
TRICURIASIS	127.3																
ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL APARATO RESPIRATORIO	ANGINA ESTREPTOCOCCICA <	034.0															
	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS <	040.1-2 041.382 040.438															
	INFLUENZA -w<	467															
	NEUMONIAS Y < BRONCONEUMONIAS	480 486															
	TUBERCULOSIS DEL -w< APARATO RESPIRATORIO	01.012															
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	CANDIDIASIS UROGENITAL	012.1 012.2															
	CHANCRO BLANDO	059.0															
	HERPES GENITAL	054.1															
	INFECCION BONOCOCCICA																
	TRACTO GENITO- URINARIO	098.0- 098.3															
	DEL OJO	098.4															
	OTROS	098.5- 098.9															
	LIMFOGRAMULOMA VENEREO	099.1															
	SIFILIS ADQUIRIDA <	091 097															
	SIFILIS CONGENITA <	090															
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	SINDROME DE INMUNO- DEFICIENCIA ADQUIRIDA	279.5-6															
	TRICOMONIASIS UROGENITAL	131.0															
	DENGUE CLASICO -w<	061															
	DENGUE HEMORRAGICO -w<	065.4															
	ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA -w<	066.2															
	FIEBRE MANCHADA -w<	062.0															
	LEISHMANIASIS CU- TANEA AMERICANA *	085.4															
	ONCOCERCOSIS *	125.3															
	PALUDISMO -w<	084															
	TIFO EPIDEMICO -w<	081.1															

NOTA: LOS RUBROS SEÑALADOS CON 3 DIGITOS ABARCAN LAS SUBCATEGORIAS DE 4º DIGITO INCLUIDAS EN ELLOS (CONSULTAR LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, 9a REVISION)

INSTRUCCIONES: LLENAR A MAQUINA PREFERENTEMENTE, SOLO AL ESCRIBIR EN EL REVERSO COLOCAR PAPEL CARBON, SEGUIR EL ORDEN DEL ORIGINAL Y COPIA.

DIAGNOSTICO		CIE 9	NÚMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD (AÑOS)								FUENTE DE NOTIFICACION			
			0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 y +	IGNORADA	SSA	IMSS	ISSSTE	OTRAS	
ZOOZOSIS	BRUCELLOSIS - *	060												
	SARROSES -	060												
	OSTIOPOROSIS -	060.1												
	RAIA - *	060.1												
	TONGPLASMOSES -	060												
	TRICHINOSIS -	060												
OTRAS ENFERMEDADES EXANTEMATICAS	ERUPCIÓN	060												
	ESCARLATINA	060.1												
	ERANTOMA SUPTO	060.0												
	RUBELA	060												
	VARIOLA	060												
MICOSIS	ACTINOMICOSIS	060												
	COCCIDIOSE	110												
	DERMATOFITOMYCE Y DERMATOMYCE	110 111												
	ESPOROTRICOSE	111												
	HISTOPLASMOSES -	110												
	OTRAS MICOSIS	110												
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	CONJUNTIVITIS	070.0												
	HEPATITIS VIRAL -													
	HEPATITIS VIRAL A -	070.0 070.1												
	HEPATITIS VIRAL B -	070.2 070.3												
	OTRAS HEPATITIS - VIRICAS	070.4 070.5												
	LEPRA -	060												
	MAL DE PIUTO	060												
	MENINGITIS - *	060.0												
	MENINGOCOCOCCIA	060.0												
	MENINGITIS BACTERIANA Y OTRAS	060.0 060.1												
	PAROTITIS EPIDEMICA INFECCIOSA	070												
	SARSA -	060.0												
	TRACOMA -	070												
	TUBERCULOSIS - *	010												
	MENINGEA Y DEL SNC	060.0 060.1												
TUBERCULOSIS OTRAS FORMAS - *	010													
OTRAS ENFERMEDADES	PIEDRE REUMATICA AGUDA - *	100 101												
	INTOXICACION POR PLASMOCITOS - *	000.0 000.1												
	INTOXICACION POR HONGOS DE ANIMALES	000.2												
	EFFECTOS INDESEABLES DE LAS VACUNAS Y DE LAS SUSTANCIAS BIOLOGICAS - *	070 070												
	INTOXICACION POR ALIMENTOS (no bacteriano)	000												
	DIABETES MELITUS	250												
	HIPERTENSION ARTERIAL	401-405												
	CIRROSIS HEPATICA	570.2 571.0												
	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	800-900												
	CANCER CERVICO UTERINO	233.1												
	CANCER DE MAMA	174 175												
	PARALISIS - *													
	FLACCIDA AGUDA													

REMITA EL ORIGINAL AL NIVEL GERARQUICO INMEDIATO SUPERIOR Y CONSERVE LA COPIA

(-) NOTIFICACION POR TELEFONO (N) ENVIO DE MUESTRA AL LABORATORIO (+) LLENAR ARJETA DE NOTIFICACION (-) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO (-) NOTIFICACION INMEDIATA DEL CASO

Yo So. DEL EPIDEMIOLOGO

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR

FECHA

* INCLUIR LOS GRUPOS DE EDAD DE TODAS LAS INSTITUCIONES

(*) INCLUIR LOS CODIGOS DE LA CIE 9a REV 88, 110, 117 y 118 EXCEPTO 112.1, 112.2 y 117.1



SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE CASO

1.- IDENTIFICACION

Nombre		Caso Numero	
Comunidad	Localidad y Mpio	Estado	
Ocupación	Edad	Sexo	Teléfono
Unidad Médica	Ubicación	Exp	
Diagnosticado por Dr. (a)		Asignó la Jurisdicción o Delegación a la que pertenece el Servicio	

2.- DATOS DE LA ENFERMEDAD

PROCEDENCIA DEL CASO		SIGNOS Y SINTOMAS	
Local ☐	Importado ☐		
FECHAS	Inicio del padecimiento	1-	
	Notificación	2-	
	Inicio del estudio	3-	
	Aislamiento	4-	
	Alta Sanitaria	5-	
	Defunción	6-	
TRATAMIENTO		7-	
		8-	
EVOLUCION		Otros -	
		Complicaciones	
TIPO DE AISLAMIENTO:		Estricto ☐ Respiratorio ☐ Protector ☐ Entérico ☐ Piel-Heridas ☐ SMO ☐ Casa ☐ Otros ☐	

EXAMENES QUE FUNDAMENTAN EL DIAGNOSTICO

Tipo de Estudio	Fecha de Toma	Tipo de Muestra	Exámenes	Resultados
Laboratorio y/o Gabinete				

3.- DATOS EPIDEMIOLOGICOS

ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS	Vacunas y Toxoides	Fecha de Aplicación de la Dosis					Otros Productos y Dosis
		Primera	Segunda	Tercera	Revacunación	Revacunación	
FUENTE DE INFECCION	Otra persona ☐ Alimento ☐ Agua ☐ Fomite ☐ Otros ☐ Animal (Especifique) ☐ Se ignora ☐						
MECANISMOS DE TRANSMISION	Persona a Persona ☐ Aérea ☐ Digestiva ☐ Vectores ☐ Parenteral ☐ Fomites ☐ Se ignora ☐						
CORRELACION CON OTROS CASOS	Caso índice ☐ Caso primario ☐ Caso secundario ☐ Caso único ☐						
	Relacionado con otros casos presentados en: (indique la cantidad según corresponda)						
	Familia ☐ Escuela ☐ Trabajo ☐ Otros sitios de reunión ☐						

4.- CONDICIONES SANITARIAS DEL MEDIO

VIVIENDA	Iluminación: Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐	Ventilación: Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐
	Limpieza: Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐	Hacinamiento: Si ☐ No ☐
BASURAS	Almacenamiento: Adecuado ☐ Inadecuado ☐	Eliminación: Adecuada ☐ Inadecuada ☐
EXCRETAS	Eliminación: Sanitaria ☐ Fosa Séptica ☐ Letrina ☐ Suelo ☐	
AGUA	Abastecimiento: Intradomiciliaria ☐ Hidrante público ☐ Pozo ☐ Ppo ☐ Río ☐	
ANIMALES DOMESTICOS	Perro ☐ Gato ☐ Bovino ☐ Ovino ☐ Caprino ☐ Porcino ☐	
FAUNA	Moscas ☐ Arácnidos ☐ Artrópodos ☐ Especies ☐	
ALIMENTOS SOSPECHOSOS INGERIDOS RECIENTEMENTE	Tipo: _____ Fecha: _____ Hora: _____	

INSTRUCCIONES: LLENAR A MAQUINA PREFERENTEMENTE SOLO AL ESCRIBIR EN EL REVERSO COLOCAR PAPEL CARBON ORDENE LAS HOJAS DE LA SIGUIENTE MANERA: BLANCO, AZUL, VERDE Y ROSA.

REMITIR EL ORIGINAL A LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

[illegible]

¿Se restableció íntegramente?	
¿Con defectos funcionales?	
¿Quedó como portador?	
Fuente de infección	
Mecanismo de transmisión	

Fecha en que se concluyó el estudio	Número y firma de la persona que realizó el estudio	Vot. del Epidemiólogo



SISTEMA NACIONAL DE SALUD

NOTIFICACION INMEDIATA DE CASOS

I.- INFORMACION DEL PADECIMIENTO.

1.- DIAGNOSTICO _____	2.- CASO N° _____
3.- FECHA DE INICIO _____	4.- FECHA DE NOTIFICACION _____
5.- DATOS CLINICOS _____ _____	
6.- TIPO DE COMPROBACION CLINICA _____ EPIDEMIOLOGICA _____ LABORATORIO _____ OTRA _____	
7.- EXAMENES REALIZADOS QUE SUSTENTAN EL DIAGNOSTICO _____ (TIPO, FECHA Y RESULTADOS)	
8.- ANTECEDENTES VACUNALES _____ (PRODUCTOS Y FECHAS)	

II.- INFORMACION DEL PACIENTE.

1.- NOMBRE _____	2.- EDAD _____	3.- SEXO _____
4.- DOMICILIO _____		
5.- COLONIA _____	6.- LOCALIDAD _____	
7.- MUNICIPIO _____	8.- ENTIDAD _____	

III.- INFORMACION EPIDEMIOLOGICA COMPLEMENTARIA.

IV.- ACCIONES REALIZADAS Y APOYOS REQUERIDOS.

V.- INFORMACION DE LOS NOTIFICANTES.

1.- PRIMARIO : nombre _____	cargo _____	Institución _____
2.- INSTITUCIONAL : nombre _____	cargo _____	fecha _____
3.- RECIBIO INFORMACION : nombre _____	fecha _____	

IV.- SEGUIMIENTO.

FECHA	INFORMACION ACTUALIZADA

NOTIFICACION INMEDIATA DE CASOS

NOTIFIQUENSE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS EN EL MISMO MOMENTO EN QUE SE SOSPECHAN O CONFIRMAN:

COLERA, FIEBRE AMARILLA, PESTE, FIEBRE RECURRENTE TRANSMITIDA POR PIOJOS, TIFO MURINO, FIEBRE MANCHADA, MENINGITIS MENINGOCOCCICA, POLIOMIELITIS, DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS NEONATAL, TETANOS, SARAMPION, SIDA, ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA, DENGUE HEMORRAGICO, RABIA, INFLUENZA, PALUDISMO NO VIVAX, EFECTOS INDESEABLES DE LAS VACUNAS Y DE LAS SUBSTANCIAS BIOLOGICAS E INTOXICACION POR PLAGUICIDAS.

INSTRUCCIONES BASICAS

- 1.- Todo paciente sospechoso o con diagnóstico confirmado de los padecimientos anteriores, se deberá notificar de inmediato, al Servicio de Epidemiología de la unidad médica inmediata superior.
- 2.- Capte la información que se indica en el formato.
- 3.- Transmítala en ese mismo momento por teléfono, **NO REMITA LA FORMA**, sólo comunique los datos por teléfono, telegrama o la vía más rápida disponible.
- 4.- En caso de unidades médicas que no sean de la Secretaría de Salud, deberán informar por teléfono, además de la señalada en el punto 1, al Centro de Salud más próximo a su domicilio.



SISTEMA NACIONAL DE SALUD NOTIFICACION DE BROTES

I.- GENERALIDADES

DIAGNOSTICO DE SOSPECHA _____	N° PROGRESIVO _____
LOCALIDAD _____	MUNICIPIO _____
JURISDICCION _____	ENTIDAD _____
FECHA DE INICIO _____	FECHA DE NOTIFICACION _____
NUMERO DE CASOS* _____	N° DE DEFUNCIONES* _____
POBLACION TOTAL EN EL AREA O GRUPO AFECTADO _____	

* EL NUMERO DE CASOS Y DEFUNCIONES SON EXCLUYENTES.

II.- DISTRIBUCION EN EL TIEMPO

PERIODO (dias, semanas, etc.)	N° DE CASOS	N° DEFUN.	PERIODO	N° DE CASOS	N° DEFUN.

III.- DISTRIBUCION GEOGRAFICA

AREA GEOGRAFICA Manzana, Colonia, Localidad	N° DE CASOS	N° DEFUN.	AREA GEOGRAFICA	N° DE CASOS	N° DEFUN.

IV.- DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

GRUPO DE EDAD	NUMERO DE CASOS			NUMERO DE DEFUNCIONES			PERSONAS EXPUESTAS		
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
-1									
1-4									
5-14									
15-24									
25-44									
45-64									
65 Y +									
Se ignora									
TOTAL									

V.- FRECUENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS

SIGNO Y/O SINTOMA	N° DE CASOS	PORCENTAJE	SIGNOS Y/O SINTOMAS	N° DE CASOS	PORCENTAJE



Subsecretaría de
Coordinación y
Desarrollo

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

NOTIFICACION INMEDIATA DE DEFUNCIONES

I.- Datos de Identificación (Para ser proporcionados por el Registro Civil)

Causa de Defunción: _____

1.- a) _____ Datos del Fallecido: _____
 b) _____ Nombre: _____
 c) _____ Dirección: _____
 Colonia: _____
 Localidad: _____
 Municipio: _____

2.- _____

Fecha de defunción _____ Edad _____ Sexo _____

II.- Datos Complementarios

Fecha de notificación _____ Vía de notificación _____
 Lugar donde ocurrió la defunción _____
 Certificado por _____ Domicilio _____
 Derechohabiente de _____ Oficialía del Registro Civil _____
 Nombre del Notificante _____ Teléfono _____

III.- Resumen de Investigación Epidemiológica

IV.- Acciones de Control Realizadas y Apoyos Requeridos

V.- Seguimiento

Recibió la Información _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES BASICAS

NOTIFIQUE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS DE MUERTE EN EL MISMO MOMENTO EN QUE SE CONOZCAN EN EL REGISTRO CIVIL:

COLERA, FIEBRE AMARILLA, PESTE, FIEBRE RECURRENTE TRANSMITIDA POR PIOJOS, TIFO EPIDEMICO, TIFO MURINO, FIEBRE MANCHADA, MENINGITIS MENINGOCOCICA, POLIOMIELITIS, INFLUENZA, DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS, SARAMPION, SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), ENCEFALITIS EQUINA, VENEZOLANA, DENGUE, HEMORRAGICO, PALUDISMO Y RABIA HUMANA.

LOS RESPONSABLES DEL REGISTRO CIVIL O DE LA DEPENDENCIA ENCARGADA DE ESTAS FUNCIONES NOTIFICARAN DE INMEDIATO AL CENTRO DE SALUD MAS PROXIMO A SU DOMICILIO LOS DATOS CORRESPONDIENTES ANTERIORMENTE AL PRIMER CAPITULO DE ESTE FORMATO DE TODA DEFUNCION POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS SEÑALADAS ANTERIORMENTE.

SOLO SE TRANSMITEN LOS DATOS, NO SE ENVIA EL FORMATO, SALVO LA CONDICION DE QUE LA NOTIFICACION SEA A TRAVES DE UN PROPIO.

EL EPIDEMIOLOGO DEL CENTRO DE SALUD REALIZA LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA RESPECTIVA Y COMPLETA EL LLENADO DEL FORMATO Y EN UN PLAZO NO MAYOR DE 24 HORAS NOTIFICA A LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA DE SU JURISDICCION SANITARIA QUIENES SIMULTANEAMENTE NOTIFICAN A SU NIVEL SUPERIOR.

CONTINUE REALIZANDO LAS ACCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO QUE REQUIERA EL CASO.

ANEXO 6

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÓLERA
CONCENTRACIÓN SEMANAL DE CASOS
DE DIARREA POR HOSPITAL PERTENECIENTE A LA RED

ENTIDAD FEDERATIVA: _____ HOSPITAL: _____ INSTITUCIÓN: _____

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA NÚM.: _____ DEL _____ AL _____ DE _____

Grupos de edad (años)	Casos de diarrea (CIE 001-009)	Casos de diarrea con deshidratación	Casos hospitalizados por diarrea	Casos sospechosos de cólera	Casos sospechosos de cólera con muestras	Casos confirmados de cólera
< 1						
1 - 4						
5 - 14						
15 - 24						
25 - 44						
45 - 64						
65 y +						
Ignorados						
TOTAL						

La forma VEC-1, constituye el documento para el concentrado de la información semanal de todos los casos de diarrea, y los casos sospechosos de cólera que sean atendidos en cada uno de los hospitales de la red pertenecientes al Estado, y debe ser llenado en CADA UNA DE LAS UNIDADES.

INSTRUCCIONES:

- 1.- Se debe anotar la entidad federativa de la que se deriva la información.
- 2.- Debe especificarse a cuál HOSPITAL y a qué INSTITUCIÓN corresponde la información.
- 3.- Es necesario que se indique a qué Semana Epidemiológica corresponde la información.
- 4.- En todas las columnas la información se debe concentrar por el grupo de edad correspondiente a cada renglón.
- 5.- En la columna *Casos de diarrea* (CIE 001-009) se deberá incluir el TOTAL de casos de diarrea atendidos en el hospital en: CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS y HOSPITALIZACIÓN.
- 6.- En la columna *Casos de diarrea con deshidratación* se deberá incluir el TOTAL de los casos de diarrea que hayan presentado deshidratación, atendidos en el hospital en: CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS y HOSPITALIZACIÓN; este número de casos forma parte del total de la primera columna.
- 7.- En la columna *Casos hospitalizados por diarrea* se deberá incluir el TOTAL de casos que hayan sido hospitalizados, es decir en camas censables, a causa de diarrea y que hayan sido atendidos en el hospital; este número de casos también forma parte del total de la primera columna.
- 8.- En la columna *Casos sospechosos de cólera* se deberá anotar el TOTAL de los pacientes cuyas características CORRESPONDAN a la DEFINICIÓN de CASO SOSPECHOSO DE CÓLERA, que hayan sido atendidos en el hospital en: CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS y HOSPITALIZACIÓN; este número de casos también forma parte del total de la primera columna.
- 9.- En la columna *Casos sospechosos de cólera con muestras* se deberá anotar el TOTAL de CASOS SOSPECHOSOS DE CÓLERA que hayan sido atendidos en el hospital en CONSULTA EXTERNA o en URGENCIAS, así como a los que se les haya TOMADO MUESTRA de: HECES, VÓMITO o SUERO; este número de casos forma parte del total de la cuarta columna.
- 10.- En la columna *Casos confirmados de cólera* se deberá anotar el TOTAL de los pacientes cuyas características CORRESPONDAN a la DEFINICIÓN de CASO CONFIRMADO DE CÓLERA que hayan sido atendidos en el hospital en: CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS y HOSPITALIZACIÓN; este número de casos forma parte del total de la cuarta columna.

ANEXO 7

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÓLERA
CONCENTRACIÓN SEMANAL DE CASOS DE DIARREA
PARA EL ESTADO**

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA NÚM.: _____ DEL _____ AL _____ DE _____ DE _____

Grupos de edad (años)	Casos de diarrea (CIE 001-009)	Casos de diarrea con deshidratación	Casos hospitalizados por diarrea	Casos sospechosos de cólera	Casos sospechosos de cólera con muestras	Casos confirmados de cólera
< 1						
1 - 4						
5 - 14						
15 - 24						
25 - 44						
45 - 64						
65 y +						
Ignorados						
TOTAL						

Número de Unidades que notificaron: SSA _____ IMSS _____ ISSSTE _____ Otras _____ TOTAL _____
 Porcentaje de notificación: SSA _____ IMSS _____ ISSSTE _____ Otras _____ TOTAL _____

La forma VEC-2, constituye el documento para el concentrado de la información semanal de todos los casos de diarrea, y los casos sospechosos de cólera que sean atendidos en todos los hospitales de la red pertenecientes al Estado, y deberá ser llenado por los RESPONSABLES ESTATALES.

INSTRUCCIONES:

- 1.- Se debe anotar la entidad federativa de la que se deriva la información.
- 2.- Es necesario que se indique a qué Semana Epidemiológica corresponde la información.
- 3.- En todas las columnas la información se debe concentrar por el grupo de edad, correspondiente a cada renglón.
- 4.- En la columna *Casos de diarrea* (CIE 001-009) se deberá anotar la SUMA de TODAS las VEC-1 del Estado, correspondiente a esta columna.
- 5.- En la columna *Casos de diarrea con deshidratación* se deberá anotar la SUMA de TODAS las VEC-1 del Estado, correspondiente a esta columna.
- 6.- En la columna *Casos hospitalizados por diarrea* se deberá anotar la SUMA de TODAS las VEC-1 del Estado, correspondiente a esta columna.
- 7.- En la columna *Casos sospechosos de cólera* se deberá anotar la SUMA de TODAS las VEC-1 del Estado, correspondiente a esta columna.
- 8.- En la columna *Casos sospechosos de cólera con muestras* se deberá anotar la SUMA de TODAS las VEC-1 del Estado, correspondiente a esta columna.
- 9.- En la columna *Casos confirmados de cólera* se deberá anotar la SUMA de TODAS las VEC-1 del Estado, correspondiente a esta columna.
- 10.- En el espacio *Número de Unidades que notificaron*, se deberá contabilizar por institución el número de las incluidas en la red y anotar el total de ellas.
- 11.- En el espacio *Porcentaje de notificación*, se deberá calcular por institución, así como el total; para el primer caso, el porcentaje correspondiente, tomando como base el total de unidades por institución incluidas en la red; y para el segundo, el total de unidades de todas las instituciones incluidas en la red.

ANEXO 8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÓLERA
CONCENTRACIÓN SEMANAL DE MUESTRAS DE CASOS SOSPECHOSOS DE CÓLERA

ENTIDAD FEDERATIVA: _____ LABORATORIO: _____ INSTITUCIÓN: _____
SEMANA EPIDEMIOLÓGICA NÚM.: _____ DEL _____ AL _____ DE _____ DE _____

Tipo de muestra	Número de muestras recibidas	Número de muestras procesadas	AISLAMIENTO		SEROLOGÍA	
			Positivos	Negativos	Positivos	Negativos
Heces						
Vómito						
Suero						
TOTAL						

La forma VELC-1, constituye el documento para el concentrado de la información semanal de todas las muestras recibidas y procesadas, así como de los resultados obtenidos, en cada uno de los laboratorios de la red.

INSTRUCCIONES:

- 1.- Se debe anotar la entidad federativa de la que se deriva la información.
- 2.- Debe especificarse a cuál LABORATORIO y a qué INSTITUCIÓN corresponde la información.
- 3.- Es necesario que se indique a qué Semana Epidemiológica corresponde la información.
- 4.- En la columna *Número de muestras recibidas*, se especificará en cada uno de los renglones el número de muestras recibidas de heces, vómito y suero, durante la semana, al final se obtendrá el total de la columna.
- 5.- En la columna *Número de muestras procesadas*, se especificará en cada uno de los renglones el número de muestras procesadas de heces, vómito y suero, durante la semana, al final se obtendrá el total de la columna.
- 6.- En la columna *Aislamiento*, se especificará en los renglones Heces o Vómito el número de resultados positivos o negativos obtenidos, durante la semana, al final se obtendrá el total de cada columna.
- 7.- En la columna *Serología*, se especificará en el renglón Suero el número de resultados positivos o negativos, obtenidos en función de la titulación en muestras pareadas, realizados durante la semana, al final se obtendrá el total de cada columna.

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA APLICADA

ESTUDIO FAMILIAR DE GASTROENTERITIS

Localidad: _____ Municipio: _____ Estado: _____ Folio: _____
 Nombre del informante: _____ Parentesco: _____ Fecha: _____
 día mes año

Domicilio: _____ Apellido de la familia: _____

¿Cuántas personas viven en esta casa?:

¿En la última semana alguien se ha enfermado de diarrea?: Sí = 1 No = 2

Núm.	Nombre de cada integrante de la familia	Edad		Diarrea	Fecha de inicio	Característica de la diarrea			Número de evacuaciones al día	Clasificación	Estado actual*
		M	F			Líquida	Pastosa	Moco Sangre			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

* 1. Sano 2. Convaleciente 3. Enfermo 4. Defunción

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:

¿Cuántos cuartos utilizan para dormir?:

¿De dónde obtienen el agua de uso general?: 1. Red de agua 2. Pipa 3. Pozo 4. Manantial 5. Río

¿El agua para beber la obtienen de?: 1. Red 2. Pozo 3. Río 4. Pipa 5. Manantial 6. Otro

¿Qué tratamiento dan al agua para beber?: 1. Hierve 2. Filtra 3. Clora 4. Ninguno

¿Dispone la excreta en?: 1. Drenaje 2. Fosa séptica 3. Letrina 4. Hoyo negro 5. Ras de suelo

Nombre del encuestador: _____

36. Lugar, compra y/o consumo (ayer y hoy): _____

37. Desayuno: _____
38. Comida: _____
39. Cena: _____

40. Desayuno: _____
41. Comida: _____
42. Cena: _____

43. Desayuno: _____
44. Comida: _____
45. Cena: _____

48. Lugar: _____ 49. Fecha:

--	--	--

51. ¿De dónde?: _____

52. Fecha:

--	--

 día mes

57. ¿Cuál?: 1. Tetraciclina 2. Eritromicina 3. Trimetoprim+sulfametoxazol

60. Nombre del hospital: _____

5. MARINA 6. Otra

63. Estado actual: 1. Sano 2. Convaleciente 3. Enfermo 4. Falleció
hora día mes

66. ¿Se obtuvo muestra serológica?: ☐ Fecha: _____ Resultado: _____

Observaciones relevantes: _____

Nombre del encuestador: _____

Fecha: _____ Lugar: _____



ANEXO 11

SUBSECRETARÍA DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

INSTITUTO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO
Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOSENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA PARA ESTUDIO DE CÓLERA
MUESTRA DE HUMANOS

FECHA DE LLENADO

Día Mes Año

NOMBRE DEL MÉDICO

CLAVE

Nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre

Sexo

F

M

Edad

Años

Domicilio

Calle ó referencias

Localidad

Municipio

Estado

IDENTIFICACION
M
N
I
F
I
C
A
C
I
O
N
E
SCaso de diarrea ☐Contacto ☐Control ☐Otro ☐

Nombre del caso

Tipo de control

Especificar

Manifestaciones clínicas:

Fecha de inicio

Día Mes Año Diarrea ☐Vómito ☐Deshidratación ☐Choque ☐

Antibioticoterapia (especificar) _____

Insuficiencia renal ☐Hidratación parenteral ☐Hospitalización ☐Defunción ☐

MUESTRA

Tipo de muestra para cultivo:

☐ Materia fecal☐ Vómito☐ Hisopo rectal

Fecha de la toma: _____

☐ Otro tipo (especificar) _____Fecha de envío al INDRE: Día Mes Año

Muestra sanguínea: fecha de la 1a. muestra

Fecha de la 2a. muestra

Día Mes Año Día Mes Año

Tomar con dos semanas de diferencia enviar juntas (la primera en la etapa aguda)

Fecha de envío al INDRE: Día Mes Año A
I
S
L
A
M
I
E
N
T
O

Hora de siembra en agua peptonada _____

Hora resiembra a TCBS _____ Morfología colonial _____

Color amarillo de la colonia Sí () Otro ()

Pruebas bioquímicas: opciones: (+), (-)

Para TSI y LIA: (K) = Alcalino, (A) = Ácido, (N) = Sin cambio

() Oxidasa

() Arginina

TSI: () Lactosa

() Glucosa

() Sacarosa

() H₂S

() Gas

MIO: () Movilidad

() Indol

() Ornitina

LIA: () Superficie

() Picadura

() Desaminación

() H₂S

() Gas

Otras:

Identificación preliminar: _____

Sitio de proc. inicial: laboratorio _____ Ciudad _____ Estado _____

Fecha de envío al INDRE: Día Mes Año

CARACTERIZACIÓN

Serología de las colonias

() Suero polivalente

() Vibro cholerae 01

() No 01

Serotipo: () Tipo Ogawa

() Inaba

Biotipo: () Clásico

() El Tor

Antibiograma: (S) = Sensible,

(R) = Resistente,

(I) = Intermedio

() Tetraciclina

() Doxiciclina

() Furazolidona

() Cotrimoxazol

() Eritromicina

() (especificar) _____

() (especificar) _____

() (especificar) _____

() (especificar) _____

TOXIGENICIDAD

Aglutinación en látex _____

ELISA _____

P. biológicas _____

COMPLEMENTARIOS
ESTUDIOS

VIBRIOCIDAS
ANTICUERPOS

TUBO

MICROPLACA

Primera muestra _____

Segunda muestra _____

Tercera muestra _____

INDRE: INSTITUTO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS
Carpio 470, Col. Sto. Tomás, Deleg. M. Hidalgo, 11940, México, D.F.
Tel. 341-11-01, 341-40-46, 341-41-54

SUBSECRETARÍA DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

INSTITUTO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO
Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOSENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA PARA ESTUDIO DE CÓLERA
MUESTRA AMBIENTAL

Fecha de llenado
 Día Mes Año Nombre del recolector Clave

Tipos de muestra

☐ Agua blanca o ☐ Agua negra ☐ Alimento ☐ Otro
 de mar Especifique

Sitio de recolección

Calle o referencia Localidad Municipio Estado

AGUA

Características de la muestra

☐ Río ☐ Pozo ☐ Manantial ☐ Cisterna o depósito ☐ Agua de la llave
☐ Canal ☐ Drenaje ☐ Canal de ☐ Mar ☐ Otro
 de riego agua negra Especifique

Características adicionales

Modo de recolección

☐ Hisopo de Moore ☐ Hisopo de Spira ☐ Muestra directa ☐ Otro
 Especifique

ALIMENTOS

	Características	Crudo	Cocinado
☐ Carne			
☐ Pescado			
☐ Frutas			
☐ Verduras			
☐ Lácteos			
☐ Guisados			
☐ Otros			

Fecha de envío al INORE Día Mes Año Modo de envío

Hora de siembra en agua peptonada

Hora de resiembra a TCBS Morfología colonial

Color amarillo de la colonia () Sí () Otro

Pruebas bioquímicas: opciones: (+), (-)

Para TSI y LIA: (K) = Alcalino, (A) = Ácido, (N) = Sin cambio

() Oxidasa () Arginina
 TSI: () Lactosa () Glucosa () Sacarosa () H₂S () Gas
 MIO: () Movilidad () Indol () Ornitina
 LIA: () Superficie () Picadura () Desaminación () H₂S () Gas

Otras:

Identificación preliminar:

Sitio de proc. inicial: Laboratorio Ciudad Estado

Fecha de envío al INORE Día Mes Año

C a r a c t e r i z a c i o n	Serología de las colonias ☐ Sueropolivalente ☐ <i>Vibrio cholerae</i> O1 ☐ No O1 Serotipo: ☐ Tipo Ogawa ☐ Inaba Biotipo: ☐ Clásico ☐ El Tor Antibiograma: (S) = Sensible (R) = Resistente (I) = Intermedio ☐ Tetraciclina ☐ Doxiciclina ☐ Furazolidona ☐ Cotrimoxazol ☐ Eritromicina ☐ (Especificar) ☐ (Especificar) _____ ☐ (Especificar) _____ ☐ (Especificar) _____
T o x i g e n i c i d a d	Aglutinación en látex _____ C: ELISA _____ P. biológicas _____ _____ _____ _____ _____ _____
E s t u d i o s	C o m p l e m e n t a r i o s _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

INDRE: INSTITUTO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS
 Carpio 470, Col. Sto. Tomás. Delegación M. Hidalgo, C. P. 11340, México, D. F.
 Teléfonos 341-11-01, 341-40-46, 341-41-54

Esta edición estuvo al cuidado de:
DRA. LUCY MACÍAS A.

Coordinación editorial:
DRA. PATRICIA ETCHEGARAY O.

Coordinación de la impresión:
LIC. ROSA MARÍA GUTIÉRREZ P.