

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES Y ADMINISTRACIÓN INFORMÁTICA DEL SIVIGILA.

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO: ACTA E INFORME DE VISITA ESAVI

BLOQUE DE ITEM	ITEM A REGISTRAR	OBSERVACIONES
IDENTIFICACION DE LA NOTIFICACION	FECHA NOTIFICACIÓN Institución que Notifica Localidad de Notificación LUGAR DE OCURRENCIA DEL ESAVI FECHA INVESTIGACIÓN Institución que realiza IEC Localidad de Residencia	Diligencia cada una de la opciones según corresponda. En la opción de lugar de ocurrencia del esavi, relación el punto de vacunación. Si corresponde un equipo casa a caso o extramural, relaciónelo como extramural y la UPSS a la que corresponda.
I. INFORMACION GENERAL	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS AFECTADO (A): FECHA DE NACIMIENTO TELEFONO DOCUMENTO DE IDENTIDAD No de Identificación EDAD SEXO DIRECCION LOCALIDAD BARRIO REGIMEN DE AFILIACION NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MAMA DOC IDENT NOMBRES Y APELLIDOS DEL CUIDADOR O PERSONA A CARGO DOC IDENT PARENTESCO NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE ESTADO CIVIL MADRE FUENTE DE INGRESOS ECONOMICOS PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA (MENORES DE 5 AÑOS, ADULTOS MAYORES, GESTANTES, ADOLESCENTES): Número de personas que duermen con el niño en la misma habitación "UBICACIÓN DE: CONJUNTO RESIDENCIAL, BARRIO POPULAR, ZONA DE INVASIÓN O DE RESERVA FORESTAL" ESTRATO (Recibo de servicio público)	Diligencie según corresponda cada variable consignada. Para casos mayores de edad, no es necesario diligencia la variable nombre de la madre ni el nombre del cuidador, Las demás si son requeridas.
	FAMILIOGRAMA	Es espacio en blanco. Realice el familiograma utilizando los simbolos disponibles.
	SERVICIOS PUBLICOS	Marque según corresponda, si el dato corresponde a otro diligencie a que corresponde en la opción Cual
	TENENCIA DE MASCOTAS	Marque según corresponda, si el dato corresponde a otro diligencie a que corresponde en la opción Cual
	PRESENCIA DE ROEDORES	Marque según corresponda
	Inundaciones o fugas	Marque según corresponda
	presencia de humedad	Marque según corresponda

	La casa tiene ventilación adecuada	Marque según corresponda
	Presencia de hacinamiento	Marque según corresponda
II. ANTECEDENTES	HOSPITALIZACIONES PREVIAS: CIRUGIAS CONS. URGENCIAS CON. C. EXT FARMACOLOGICOS TOXICOS ALERGICOS FAMILIARES TRANSFUSIONES MEDIC. HOMEOPATICOS	Marque según corresponda como Si o No. Para cada opción diligencie el motivo que motivo el antecedentes, indague por la fecha exacta o aproximada y el sitio.
	EXAMENES DE DIAGNOSTICOS REALIZADOS (registre nombre de examen, fecha y concepto del mismo):	pregunte por exámenes que de diagnostico o revise los que le proporcione al momento de la vista. Tome dato de los mismos con nombre, fechas y concepto de los mismos, si se dispone de ello
	ANTECEDENTES ADICIONALES DESPLAZAMIENTOS 5 DIAS ANTERIORES AL INICIO DE SINTOMAS ALGUN NIÑO (A) DE LA CASA RECIBIO VACUNAS PREVIAMENTE? CONTACTO RECIENTE CON OTROS CASOS SE AUTOMÉDICO PERSONA ESCOLARIZADA RESIDENTE EN ALBERGUE U OTRO TIENE ALGUN FAMILIAR CON ALGUNA ENFERMEDAD CON INMUNOCOMPROMISO Lactancia Materna Exclusiva?: A que edad del niño recibió alimentación complementaria? A QUE EDAD EL NIÑO EMPEZO A CAMINAR	Pregunte por estos antecedentes, registre la opción si o no y detalle el donde, cuando, hace cuanto, cual, según corresponda. Para las opción de meses diligencie el dato numérico
	CONTROLES GESTACIONALES Hubo control prenatal?. Cuantos Tipo de Parto Peso al nacer Signos al nacer	
OBSERVACIONES CARNET: En el carné se registra el lote de la vacuna?	Revise le carne de vacunas, evalúe el esquema de vacunación, y detalle la vacuna la cual esta asociada el enveto que esta investigando actualmente. Si observa algo relevante.	
III. RECUENTO DE LA ATENCION EN SALUD	Campo abierto, de texto	Describa la información según lo describa el familiar o conviviente. Trate de precisar detalles en orden cronológico y sitios donde ocurrió cada suceso. Ante palabras específicos utilice comillas.
IV. DESCRIPCION DEL EVENTO	Fecha de aplicación de la vacuna: Hora de aplicación de la vacuna: Antes de la aplicación de la vacuna como era el estado de salud? Tiempo transcurrido entre la aplicación de la vacuna y le presentación del primer síntoma: Especifique el primer sintoma(s): Le dio algún tratamiento? Especificar cual Porque tomo la decisión de llevarlo al medico?: Que diagnostico le dio el medico? Que tratamiento le dieron?: Le tomaron exámenes clínicos?(especifique cuales y el resultado): Le formularon antibióticos? Cual: Mejoro la sintomatología con el tratamiento que le dieron?: Requirió re consultar? (especifique el motivo):	Diligencie la variables según lo que responde el caso o responsable. Trate de puntualizar la hora de aplicación y fecha.

<p>IV. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO</p>	<p>SINTOMATOLOGIA LOCAL Vacuna Lugar de Aplicación</p> <p>SINTOMATOLOGIA LOCAL Si hay sintomatología local especifique el sitio (lugar anatómico) al que refiere los signos</p> <p>SINTOMATOLOGIA SISTEMICA Presento fiebre Le dio algún tratamiento para controlarla? El niño convulsiono? El niño tuvo llanto incontrolable?</p> <p>PRESENTO ALGUN TIPO DE SINTOMA(S) CON LA APLICACIÓN DE LAS DOSIS ANTERIORES? (Especifique cual(es)): SI: ____ NO: ____</p>	<p>Describa la vacuna(s) que se asocien al evento en investigación, trate de identificar el lugar de aplicación el cual corresponde al sitio anatómico donde recuerda el caso o cuidador aplico el mismo.</p> <p>Si el caso refiere alguna sintomatología local, trate de detallar el sitio, y la descripción del mismo, si se requiere registrar alguna observaciones consigne la misma.</p> <p>Detalle por síntomas sistémicos, y registre la opción según corresponda, detallando el tiempo transcurrido. Diligencie cualquier datos adicional en la opciones observaciones</p> <p>pregunte por síntomas o reacciones en la aplicación de dosis anteriores.</p>
<p>V. ANTECEDENTES ASOCIADOS AL PUNTO DE VACUNACION</p>	<p><i>Si es aplicación con equipo extramural, pregunte:</i></p> <p>NOMBRE DEL PUNTO DE VACUNACION</p> <p>Había señalización que le permitió llegar fácilmente al punto de vacunación? El lugar era exclusivamente para vacunación? Contaba el lugar con Ventilación? Contaba el lugar con iluminación suficiente y natural? Se observaba adecuadas condiciones de aseo? La camilla de aplicación de vacunas tenia sábanas, papel kraf u otro elemento de protección? La camilla de aplicación de vacunas se observaba aseada? El Lugar contaba con Lavamanos?</p> <p>ara equipo extramural y punto fijo de vacunación, realice la siguientes preguntas y de la respuesta sin ajustes ni interpretaciones, si requiere interpretaciones especifiquelo al final en observaciones o aclaraciones</p> <p>ESTUDIO DE CONTACTOS (No DE CONTACTOS DIRECTOS SEGÚN PARENTESCO O RELACIÓN CON EL AFECTADO, EDAD, SEXO Y OCUPACIÓN)</p>	<p>el componente incluye aspectos relacionado con el punto de vacunación, tanto extramural como intramural. Las primeras preguntas se pueden considerar de manera general.</p> <p>especifique el punto de vacunación, si el punto es extramural registre la UPSS a la que pertenece el equipo de vacunación. Si es punto fijo trate de detallar nombre del sitio y localidad de ubicación geográfica</p> <p>corresponde a grupo de preguntas con opción de SI o NO. Las respuesta deben ser dadas por el caso o el acudiente y permite tener un impresión de lo que opina el usuaria. Si requiere algo adicional diligencie al frente como respuesta adicional o en observaciones o aclaraciones de ser necesarias</p> <p>a partir de este ítem se despliega una serie de preguntas se se deberán realizar al usuaria para verificar la condiciones del proceso de vacunación, sin importar si se trata de un punto intra o extramural. Algunas son abierta y otras tiene opción de Si o NO.</p> <p>El estudio de contactos busca identificar el grupo familiar contacto del caso. Es necesario incluir todos los que conviven, por lo menos mas de 24 horas, o habitantes de la casa. Precies condiciones de salud de los mismos.</p>
<p>VI: INTERVENCIONES</p>	<p>RELACIONADAS CON EL CUIDADO DEL MENOR: RELACIONADAS CON LA APLICACIÓN DE VACUNAS Y VACUNAS POSTERIORES RESPONDA LA SIGUIENTES PREGUNTAS A LA FECHA DE LA VISITA: Estado de salud del vacunado: Sano: Esta recibiendo aún algún tratamiento?(especifique cual) Ha vuelto a presentar algún signo o síntoma?(especifique cual)</p>	<p>registre en este bloque las recomendaciones ofrecidas a la familia, en torno a cuidados del menos, importancia del esquema de vacunación, y estado actual del caso</p>
<p>VII. ANALISIS DEL CASO</p>	<p><u>Impresión frente al evento presentado:</u></p>	<p>Esta clasificación será de tipo preliminar, ya que solo cuenta con el insumo de lo registrado en la visita que acaba de realizar y la impresión del caso o acudiente frente al mismo. No corresponde a la clasificación definitiva, ya que esta se realizar evaluando la historia clínica, la visita del punto de vacunación y la iec.</p>
<p>CIERRE</p>	<p>FECHA DE LA VISITA DE CAMPO RESPONSABLE DE VISITA PERSONA QUE SUMINISTRA LA INFORMACION</p>	<p>Diligencie el nombre de quine realiza la iec así como de quien recibe la entrevista. Así como la fecha en la que se realiza la iec.</p>

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES

ACTA E INFORME DE VISITA ESAVI

IDENTIFICACION DE LA NOTIFICACION

DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO Sem
FECHA NOTIFICACIÓN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FECHA INVESTIGACIÓN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Institución que Notifica: _____	Institucion que realiza IEC: _____
Localidad de Notificacion: _____	Localidad de Residencia: _____
LUGAR DE OCURRENCIA DEL ESAVI: _____	

I. INFORMACION GENERAL

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS AFECTADO (A):		FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		Nº de identificacion	EDAD SEXO
CNV <input type="text"/> 1 CC <input type="text"/> 2 CE <input type="text"/> 3 PASAPORTE <input type="text"/> 4 NUIP <input type="text"/> 5 SIN INFOR. <input type="text"/> 6			
DIRECCION		LOCALIDAD	BARRIO
REGIMEN DE AFILIACION	CONTRIBUTIVO PARTICULAR <input type="text"/>	SUBSIDIADO NO ASEGURADO <input type="text"/>	ESPECIAL EXCEPCION <input type="text"/> NOMBRE DE LA ASEGURADORA
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MAMA		DOC IDENT	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CUIDADOR O PERSONA A CARGO		DOC IDENT	PARENTESCO
NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE O DEL CASO	PRIMARIA COMPLETA <input type="text"/> SECUNDARIA COMPLETA <input type="text"/> UNIVESIDAD COMPLETA <input type="text"/> NINGUNO <input type="text"/>	PRIMARIA INCOMPLETA <input type="text"/> SECUNDARIA INCOMPLETA <input type="text"/> UNIVESIDAD INCOMPLETA <input type="text"/> OTRO <input type="text"/>	ESTADO CIVIL MADRE O DEL CASO SOLTERO <input type="text"/> UNION LIBRE <input type="text"/> CASADO <input type="text"/> DIVORCIADO <input type="text"/> VIUDO <input type="text"/> SIN INFORMACIÓN <input type="text"/>
FUENTES DE INGRESOS ECONOMICOS			
PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA (MENORES DE 5 AÑOS, ADULTOS MAYORES, GESTANTES, ADOLESCENTES):			
		Número de personas que duermen con el niño en la misma habitación _____.	
UBICACIÓNDE: CONJUNTO RESIDENCIAL, BARRIO POPULAR, ZONA DE INVASIÓN O DE RESERVA FORESTAL			ESTRATO (Recibo de servicio publico): _____

FAMILIOGRAMA	CARATERÍSTICAS DE LA VIVIENDA																																																								
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>TIPO</td> <td></td> <td>TENENCIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Casa</td> <td><input type="text"/></td> <td>Propia</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Apartamento</td> <td><input type="text"/></td> <td>Alquilada</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Pieza</td> <td><input type="text"/></td> <td>Comodato</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PISOS</td> <td></td> <td>TECHOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cemento</td> <td><input type="text"/></td> <td>Zinc</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Madera</td> <td><input type="text"/></td> <td>Placa</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Tierra</td> <td><input type="text"/></td> <td>Teja</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Baldosa</td> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PAREDES</td> <td></td> <td>Otros</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pañetadas</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ladrillo</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Madera</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desecho</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </table>	TIPO		TENENCIA		Casa	<input type="text"/>	Propia	<input type="text"/>	Apartamento	<input type="text"/>	Alquilada	<input type="text"/>	Pieza	<input type="text"/>	Comodato	<input type="text"/>	PISOS		TECHOS		Cemento	<input type="text"/>	Zinc	<input type="text"/>	Madera	<input type="text"/>	Placa	<input type="text"/>	Tierra	<input type="text"/>	Teja	<input type="text"/>	Baldosa	<input type="text"/>		<input type="text"/>	PAREDES		Otros		Pañetadas	<input type="text"/>	_____		Ladrillo	<input type="text"/>	_____		Madera	<input type="text"/>	_____		Desecho	<input type="text"/>	_____	
TIPO		TENENCIA																																																							
Casa	<input type="text"/>	Propia	<input type="text"/>																																																						
Apartamento	<input type="text"/>	Alquilada	<input type="text"/>																																																						
Pieza	<input type="text"/>	Comodato	<input type="text"/>																																																						
PISOS		TECHOS																																																							
Cemento	<input type="text"/>	Zinc	<input type="text"/>																																																						
Madera	<input type="text"/>	Placa	<input type="text"/>																																																						
Tierra	<input type="text"/>	Teja	<input type="text"/>																																																						
Baldosa	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																						
PAREDES		Otros																																																							
Pañetadas	<input type="text"/>	_____																																																							
Ladrillo	<input type="text"/>	_____																																																							
Madera	<input type="text"/>	_____																																																							
Desecho	<input type="text"/>	_____																																																							

SIMBOLOS

Hombre	Seis hermanos	Repulsiva	Conflictiva
Mujer	Aborto	Dominante	Paciente Indice
Gemelos	Embarazo	Distante	

Tipo de Interacción: Fuerte: Débil:

ACUEDUCTO <input type="text"/> ALCANTARIL. <input type="text"/> TELEFONO <input type="text"/>	SERVICIOS PUBLICOS LUZ <input type="text"/> GAS <input type="text"/> OTRO <input type="text"/>	TENENCIA DE MASCOTAS No PERROS <input type="text"/> GATOS <input type="text"/> OTRO <input type="text"/>	PRESENCIA DE ROEDORES O CUCARACHAS: SI <input type="text"/> NO <input type="text"/> Inundaciones ofugas de agua: si _____ NO _____ Presencia de Humedad: si _____ NO _____
---	--	--	--

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES

REC. BASURAS CUAL: _____ CUAL: _____ La Casa tiene ventilación Adecuada? Si ___ No ___
 Presencia de Hacinamiento: si ___ No ___

II. ANTECEDENTES

	SI	NO	MOTIVO O TIPO DE:	HACE CUANTO-FECHA APROX:	LUGAR
HOSPITALIZACIONES PREVIAS (relaciones las IPS donde consulto)			_____	_____	_____
_____			_____	_____	_____
_____			_____	_____	_____
_____			_____	_____	_____
_____			_____	_____	_____
CIRUGIAS			_____	_____	_____
CONS. URGENCIAS			_____	_____	_____
CON. C. EXT			_____	_____	_____
FARMACOLOGICOS			_____	_____	_____
TOXICOS			_____	_____	_____
ALERGICOS			_____	_____	_____
FAMILIARES			_____	_____	_____
TRANSFUSIONES			_____	_____	_____
MEDIC. HOMEOPATICOS			_____	_____	_____

EXAMENES DE DIAGNOSTICOS REALIZADOS (registre nombre de examen, fecha y concepto del mismo):

	SI	NO	
DESPLAZAMIENTOS 5 DIAS ANTERIORES AL INICIO DE SINTOMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿DÓNDE? _____
ALGUN NIÑO (A) DE LA CASA RECIBIO VACUNAS PREVIAMENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HACE CUÁNTO? _____
CONTACTO RECIENTE CON OTROS CASOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HACE CUÁNTO? _____
SE AUTOMÉDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUÉ Y CÓMO? _____
PERSONA ESCOLARIZADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿DÓNDE? _____
RESIDENTE EN ALBERGUE U OTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUÁL? _____
TIENE ALGUN FAMILIAR CON ALGUNA ENFERMEDAD CON INMUNOCOMPROMISO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDAD Y ENFERMEDA: _____
Lactancia Materne Exclusiva?: si: _____ No: _____			Cuanto tiempo?: _____ meses
A que edad el niño recibió alimentación complementaria? _____			_____ meses
A QUE EDAD EL NIÑO EMPEZO A CAMINAR: _____			_____ Meses

ASISTENCIA A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (CRECIMIENTO Y DESARROLLO,	HISTORIA DE INMUNIZACIÓN (TENENCIA EL
--	--

	<p style="text-align: center;">CONTROLES GESTACIONALES</p> <p>Hubo control prenatal? Si ___ No ___ Cuantos: _____</p> <p>Tipo de Parto: _____</p> <p>Peso al nacer: _____ Signos al nacer: _____</p> <p>OBSERVACIONES CARNET: SI NO</p> <p>En el carné se registra el lote de la vacuna? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
--	--

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES

RECOMENDACIONES DADAS POR LA PERSONA QUE LE APLICÓ LA VACUNA O QUIEN LA ATENDIÓ EN EL PUNTO DE VACUNACIÓN:
 (no emita concepto de juicio, es pregunta abierta)

CUIDADOS POSTERIOR AL MOMENTO DE LA APLICACION DE LA VACUNA:

Mencione:

Actividades que realizó despues de la aplicación: _____

Cuidados que realizó en la zona de aplicación

Medicamento que consumo (trate de precisar dosis)

EVOLUCION (detalle):

Tiempo transcurrido entre la aplicacion de la vacuna y le presentacion del primer sintoma: _____

Especifique el primer sintoma(s): _____

Le dio algun tratamiento? Especificar cual _____

Porque tomé la decisión de llevarlo al medico?: _____

Qué diagnostico le dio el medico? _____

Qué otro tratamiento le dieron?: _____

Le tomaron exámenes clínicos?(espefique cuales y el resultado):

Le formularon antibióticos? Cual: _____

Mejoro la sintomatologia con el tratamiento que le dieron?: _____

Requirió hospitalización? (esepcifique el motivo):

SINTOMATOLOGIA LOCAL: Puntualice los siguientes hallazgos

VACUNA	LUGAR DE APLICACIÓN (Sitio anatomico)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si hay sintomatologia local especifique el sitio (lugar anatomico) al que refiere los signos

LUGAR: _____

DESCRIPCION:	SI	NO	OBSERVACIONES
Se le puso duro el sitio de aplicacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
El sitio donde le aplicaron la vacuna estaba caliente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presento salida de algun tipo de líquido el lugar de la aplicaciond e la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Describa como era el líquido: _____			
Observo enrojecimeinto del sitio de aplicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Observo algun tipo de brote o salpullido en la zona de aplicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presento dolor al movimiento del brazo o pierna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Observo inflamacion el sitio de la aplicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

SINTOMATOLOGIA SISTEMICA	SI	NO	TIEMPO TRANSCURRIDO:	OBSERVACIONES
Presento fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Le dio algun tratamiento para controlarla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
El niño convulsiono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES

El niño tuvo llanto incontrolable?

PRESENTO ALGUN TIPO DE SINTOMA(S) CON LA APLICACIÓN DE LAS DOSIS ANTERIORES? (Especifique cual(es)

V. ANTECEDENTES ASOCIADOS AL PUNTO DE VACUNACION

Asiste a la aplicación de la vacuna porque:

Si es aplicacion con equipo extramural, pregunte:

Campaña	<input type="checkbox"/>
Vacunacion Programada	<input type="checkbox"/>
Recibio llamada	<input type="checkbox"/>
Visita a la Casa	<input type="checkbox"/>

Otro
 Cuál?: _____

El grupo Vacunador se presento?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El grupo vacunador explico el motivo de su visita?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuantas personas conformaban el grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMBRE DEL PUNTO DE VACUNACION: _____

SI ES EN PUNTO FIJO (pregunte):

	SI	NO	RESPUESTAS ADICIONAL
Habia señalizacion que le permitio llegar facilmente al punto de vacunacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El lugar era exclusivamente para vacunacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contaba el lugar con ventilacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contaba el lugar con iluminacion suficiente y natural?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se observaba adecuadas condiciones de aseo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La camilla de aplicacion de vacunas tenia sábanas, papel kraf u otro elemento de proteccion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La camilla de aplicacion de vacunas se observaba asendada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El Lugar contaba con lavamanos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

Para equipo extramural y punto fijo de vacunacion, realice la siguientes preguntas y de la respuesta sin ajustes ni interpretaciones, si requiere interpretaciones especifiquelo al final en observaciones o aclaraciones

	SI	NO	OBSERVACIONES
La presentacion personal de la persona que aplico la vacuna era adecuado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El (a) vacunador(a) le solicito el carne de vacunacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El vacunador indago por la evolucion de las dosis anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El (a) vacunador se lavó las manos antes de la aplicación de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El (a) vacunador(a) le preguntó por antecedentes de enfermedades o hospitalizaciones previas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El (a) vacunador(a) le preguntó por antecedentes alérgicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El (a) vacunador(a) le pregunto por habitos alimenticios o alergias a algun tipo de alimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El vacunador le explicó en que consistía la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El vacunador le expresó qué enfermedad previene la vacuna? (pida un ejemplo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se aplicó algún tipo de desinfectante en las manos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cómo o en qué tenía almacenada la vacuna que le aplico?: _____

Cómo o en qué tenía almacenada la jeringa que utilizo?: _____

Cómo o en qué tenía almacenada el algodón que utilizo?: _____

El vacunador le indicó con anterioridad el sitio donde le aplicarían la vacuna?

En qué sitio le aplicaron las vacunas?: _____

Observó cuándo la vacunadora preparó los elementos (jeringa, algodons, otros) y la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observó el proceso de aplicación de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si la observó pida que le describa cómo fue _____

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES

Después de la aplicación de la vacuna, el (a) vacunador (a) qué actividad realizó con lo elementos que utilizó?:

El (a) vacunador (a) le explicó qué reacciones le podían generar la vacuna? (exprese al menos 3)

El (a) vacunador (a) le expresó qué recomendaciones debía seguir después de la aplicación de la vacuna? (exprese al menos 3)

El (a) vacunador(a) le indicó en qué momento debería consultar al médico? (menciones al menos 3)

El vacunador (a) le indicó cuándo tenía las siguientes dosis?

ESTUDIO DE CONTACTOS (N° DE CONTACTOS DIRECTOS SEGÚN PARENTESCO O RELACIÓN CON EL AFECTADO, EDAD, SEXO Y OCUPACIÓN)

NOMBRE	OCUPACION	PARENTESCO	EDAD	SEXO	FIEBRE	SIGNOS Y SÍNTOMAS (Si se presentaron)

VI. INTERVENCIONES

Describa las recomendaciones dadas al momento de realizar la IEC

RELACIONADAS CON EL CUIDADO DEL MENOR:

RELACIONADAS CON LA APLICACIÓN DE VACUNAS Y VACUNAS POSTERIORES

RESPONDA LA SIGUIENTES PREGUNTAS A LA FECHA DE LA VISITA:

Estado de salud del vacunado:

Sano: _____ Presentó alguna secuela?(especifique cuál): _____

Está recibiendo aún algún tratamiento?(especifique cuál) _____

Ha vuelto a presentar algun signo o sintoma?(especifique cual) _____

NOTA: Recuerde anexar COPIA del carné de vacunacion al presente informe

VII. ANALISIS DEL CASO

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES

Realice un análisis de la sintomatología referida en esta intervención junto con la sintomatología referida en la ficha de notificación y clasifique los siguientes ítems:

Vacuna Relacionada: _____

Impresión frente al evento presentado:

	SI	NO
Relacionada con la vacuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacionada con el programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coincidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No concluyente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JUSTIFICACION

FECHA DE LA VISITA DE CAMPO

DIA	MES	ANO			

RESPONSABLE DE VISITA _____

CARGO: _____

INSTITUCION _____

PERSONA QUE SUMINISTRA LA INFORMACION

NOMBRE _____

PARENTESCO CON EL CASO _____

FIRMA: _____

SEGUIMIENTO NUMERO -1

FECHA NOTIFICACION _____

FECHA DEL SEGUIMIENTO ACTUAL _____

EVOLUCION DEL EVENTO

SI PRESENTO RECONSULTAS, ESPECIFIQUE:

	SI	NO	MOTIVO O TIPO DE:	LUGAR (ips)	FECHA APROX
HOSPITALIZACIONES :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CIRUGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
URGENCIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CONSULTA EXT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS DESDE EL ULTIMO SEGUIMIENTO Y LOS ACTUALES

MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS? SI

EXAMENES DE DIAGNOSTICOS REALIZADOS (registre nombre de examen, fecha y concepto del mismo):

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE:

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES

CUMPLE DEFINICION DE CASO PARA ESAVI? SI _____ NO: _____ JUSTIFIQUE

OBSERVACIONES

RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO _____

cargo: _____

SEGUIMIENTO DE NUMERO 2

FECHA NOTIFICACION _____

FECHA DEL SEGUIMIENTO ACTUAL _____

EVOLUCION DEL EVENTO

SI PRESENTÓ RECONSULTAS, ESPECIFIQUE:

	SI	NO	MOTIVO O TIPO DE:	LUGAR (ips)	FECHA APROX
HOSPITALIZACIONES :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
CIRUGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
URGENCIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
CONSULTA EXT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS DESDE EL ULTIMO SEGUIMIENTO Y LOS ACTUALES

MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS? SI

EXAMENES DE DIAGNOSTICOS REALIZADOS (registre nombre de examen, fecha y concepto del mismo):

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE:

CUMPLE DEFINICION DE CASO PARA ESAVI? SI _____ NO: _____ JUSTIFIQUE

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES

OBSERVACIONES

RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO

Cargo:

