

FICHA DE NOTIFICACION DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVISAP

I. FECHA Y UBICACIÓN DEL EVENTO

Fecha de Notificación: Hora: Fecha de Inicio del Evento: Hora:

Departamento: Provincia:

Distrito: Localidad:

Institución que notifica: ☐ MINSA ☐ ESSALUD ☐ Sanidades FFAA y PNP ☐ Privados ☐ Otros

EE.SS. Proximo al Evento: ☐ PS ☐ CS ☐ Hospital ☐ Otro Nombre del EE.SS.

II. DATOS DEL EVENTO (Elija una opción de Notificación)

Clasificación:	BROTE	EPIZOOTIA	OTRO EVISAP
Diagnóstico	Por daño o enfermedad (especificar): Brote de: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rabia urbana <input type="checkbox"/> Rabia silvestre <input type="checkbox"/> Influenza aviar <input type="checkbox"/> Carbunco (antrax) animal <input type="checkbox"/> Otras epizootias	Emergencia / Desastre natural <input type="checkbox"/> Huayco <input type="checkbox"/> Terremoto <input type="checkbox"/> Inundacion <input type="checkbox"/> Vientos Huracanados <input type="checkbox"/> Otros (especificar) Especificar otros: <input type="text"/>
	Por diagnostico sindromico: <input type="checkbox"/> S. Febril <input type="checkbox"/> S. Febril Ictérico Agudo <input type="checkbox"/> S. Febril + manifest. Hemorragicas <input type="checkbox"/> S. Febril Respiratorio Agudo <input type="checkbox"/> S. Febril + manifest. Neurologicas <input type="checkbox"/> S. Febril con Erupción Dermica <input type="checkbox"/> S. Diarreico Agudo <input type="checkbox"/> S. Ulcera Cutanea Necrótica <input type="checkbox"/> S. Febril Anémico Agudo <input type="checkbox"/> Muerte no explicada post Sind. Feb. <input type="checkbox"/> Otro síndrome (Especificar) Brote de S. <input type="text"/>	Tipo de animales afectados: <input type="text"/> Total de animales afectados: <input type="text"/> Nº de Afectados: <input type="text"/> Nº de Muertos: <input type="text"/>	Emergencia / Desastre antrópico <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Intoxicacion por sustancias <input type="checkbox"/> Accidente de Transito <input type="checkbox"/> Conflicto Social <input type="checkbox"/> Otro (especificar) Especificar otros: <input type="text"/>

Agente Etiológico mas probable:

III. LABORATORIO:

Toma de muestra: ☐ SI ☐ NO ☐ Se Desconoce ☐ No Aplica

IV. DATOS DE LA POBLACION:

Población en localidad afectada: Total de personas afectadas:

Total de hospitalizados: Total de defunciones:

Grupos de edad de mas afectados:
 ☐ 0-4 años ☐ 5-9 años ☐ 10-14 años ☐ 15-19 años
☐ 20-24 años ☐ 25-29 años ☐ 30-34 años ☐ 35-39 años ☐ 40-44 años
☐ 45-49 años ☐ 50-54 años ☐ 55-59 años ☐ 60-64 años ☐ > 65 años

V. DESCRIPCION DEL EVENTO

VI. DATOS DE LA PERSONA QUE NOTIFICA:

Persona que Notifica:

Correo Electronico: Telefono Celular:

Telefono Fijo: Telefono Comunitario:

Frecuencia de Radio: Indicativo de Radio:

Firma y Sello de la Persona que Notifica