

# FICHA DE NOTIFICACION DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVISAP

## I. FECHA Y UBICACIÓN DEL EVENTO

Fecha de Notificación:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hora:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fecha de Inicio del Evento:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hora:	<input type="text"/>
Departamento:	<input type="text"/>			Provincia:	<input type="text"/>			Localidad:	<input type="text"/>				
Distrito:	<input type="text"/>												
Institución que notifica:	<input type="checkbox"/> MINSA	<input type="checkbox"/> ESSALUD	<input type="checkbox"/> Sanidades FFAA y PNP	<input type="checkbox"/> Privados	<input type="checkbox"/> Otros								
EE.SS. Proximo al Evento:	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> CS	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Otro	Nombre del EE.SS.		<input type="text"/>						

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

Clasificación:	BROTE	EPIZOOTIA	OTRO EVISAP
Diagnóstico	Por daño o enfermedad (especificar):  Brote de: _____	<input type="checkbox"/> Rabia urbana <input type="checkbox"/> Rabia silvestre <input type="checkbox"/> Influenza aviar <input type="checkbox"/> Carbunclo (antrax) animal <input type="checkbox"/> Otras epizootias  Tipo de animales afectados:  _____	<b>Emergencia / Desastre natural</b> <input type="checkbox"/> Huayco <input type="checkbox"/> Terremoto <input type="checkbox"/> Inundacion <input type="checkbox"/> Vientos Huracanados <input type="checkbox"/> Otros (especificar) Especificar otros: _____
	Por diagnosticos sindromicos: <input type="checkbox"/> S. Febril <input type="checkbox"/> S. Febril Icteric 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 Erupcion Dermica <input type="checkbox"/> S. Diarreico Agudo <input type="checkbox"/> S. Ulcera Cutanea Necrotica <input type="checkbox"/> S. Febril Anemico Agudo <input type="checkbox"/> Muerte no explicada post Sind. Feb. <input type="checkbox"/> Otro sindrome (Especificar) Brote de S. _____	Total de animales afectados:  Nº de Afectados: <input type="text"/> Nº de Muertos: <input type="text"/>	<b>Emergencia / Desastre antrópico</b> <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: _____

Agente Etiologico mas probable:

## III. LABORATORIO:

Toma de muestra:  SI  NO  Se Desconoce  No Aplica

## IV. DATOS DE LA POBLACION:

Población en localidad afectada:	<input type="text"/>	Total de personas afectadas:	<input type="text"/>		
Total de hospitalizados:	<input type="text"/>	Total de defunciones:	<input type="text"/>		
Grupos de edad de mas afectados:	<input type="checkbox"/> 0-4 años <input type="checkbox"/> 20-24 años <input type="checkbox"/> 45-49 años	<input type="checkbox"/> 5-9 años <input type="checkbox"/> 25-29 años <input type="checkbox"/> 50-54 años	<input type="checkbox"/> 10-14 años <input type="checkbox"/> 30-34 años <input type="checkbox"/> 55-59 años	<input type="checkbox"/> 15-19 años <input type="checkbox"/> 35-39 años <input type="checkbox"/> 60-64 años	<input type="checkbox"/> 40-44 años <input type="checkbox"/> > 65 años

## V. DESCRIPCION DEL EVENTO

--	--

## VI. DATOS DE LA PERSONA QUE NOTIFICA:

Persona que Notifica:	<input type="text"/>
Correo Electronico:	<input type="text"/>
Telefono Fijo:	<input type="text"/>
Frecuencia de Radio:	<input type="text"/>
Telefonos Comunitario:	<input type="text"/>
Indicativo de Radio:	<input type="text"/>

Firma y Sello de la Persona que Notifica