**FORMATO DE REPORTE DE BROTE O EVENTO DE SALUD DE IMPORTANCIA EN SALUD PÚBLICA**

SEREMI REGIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| OF. PROVINCIAL:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

FECHA NOTIFICACIÓN \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/

FECHA VALIDACION SEREMI \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/

NOMBRE DE LA PERSONA QUE NOTIFICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| TELÉFONO: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**ANTECEDENTES DEL BROTE**

TIPO DE BROTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE DETECCIÓN DEL BROTE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/

LUGAR DE OCURRENCIA (localidad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ URBANA: \_\_\_\_ RURAL: \_\_\_\_

CARACTERIZACION DEL BROTE:

\_INSTITUCIONAL

\_COMUNITARIO

\_MIXTO

\_INTRADOMICILIARIO

SI EL BROTE ES INSTITUCIONAL, SEÑALE TIPO DE INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° EXPUESTOS \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/

N° CASOS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/

FECHA DE PRIMEROS CASOS: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/ SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: |\_\_|\_\_|

FECHA ULTIMOS CASOS: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/ SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: |\_\_|\_\_|

**DURACIÓN DEL BROTE**

**SIGNOS Y SINTOMAS**

Gastrointestinales SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_

Respiratorios SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_

Neurológicos SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_

Fiebres hemorrágicas SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_

Manifestaciones cutáneas SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_

Oros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EDAD** | **AMBULATORIOS** | | **HOSPITALIZADOS** | | **FALLECIDOS** | |
|  | **Hombres** | **Mujeres** | **Hombres** | **Mujeres** | **Hombres** | **Mujeres** |
| **< 1 año** |  |  |  |  |  |  |
| **1 a 4** |  |  |  |  |  |  |
| **5 a 14** |  |  |  |  |  |  |
| **15 a 44** |  |  |  |  |  |  |
| **45 a 64** |  |  |  |  |  |  |
| **65 y más** |  |  |  |  |  |  |

**INFORMACION DE LABORATORIO**

MUESTRAS:

SANGRE SI ( ) NO ( ) FECHA\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/RESULTADO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

ORINA SI ( ) NO ( ) FECHA\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/RESULTADO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

DEPOSICIONES SI ( ) NO ( ) FECHA\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/RESULTADO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONTENIDO GÁSTRICO SI ( ) NO ( ) FECHA\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/RESULTADO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASPIRADO NASOFARINGEO SI ( ) NO ( ) FECHA\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/RESULTADO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

OTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/RESULTADO \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENVÍO DE MUESTRA ISP:**

FECHA ENVÍO \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ RESULTADO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA**

FECHA DE INVESTIGACIÓN DEL BROTE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/

VISITA EPIDEMIOLÓGICA: SI |\_\_| Nº |\_\_|\_\_| FECHA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ HORA |\_\_|\_\_| (si es más de una consigne todas las Fechas y horas)

NO |\_\_|

ENTREVISTA O ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA: SI |\_\_| Nº |\_\_|\_\_|

NO |\_\_|

ACTIVIDADES EDUCATIVAS:

INDIVIDUAL Nº |\_\_|\_\_|

COLECTIVA Nº |\_\_|\_\_|

FUENTE: \_ PERSONA A PERSONA

\_ FUENTE ÚNICA

\_ FUENTE ÚNICA INTERMITENTE

\_FUENTE ÚNICA CON POSTERIOR TRANSMISIÓN PERSONA A PERSONA

\_OTRO

¿FUERON IDENTIFICADOS LOS FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL? SI \_\_ NO \_\_

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FUERON INTERVENIDOS: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SEÑALE TIPO DE INTERVENCIÓN AMBIENTAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CLASIFICACION FINAL**

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_