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

SEREMI REGIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA NOTIFICACIÓN:

FECHA VALIDACION SEREMI:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE NOTIFICA:

RUT: TELÉFONO:

**ANTECEDENTES DEL BROTE**

NOMBRE CASO INDICE:

RUT CASO INDICE:

TIPO DE BROTE (enfermedad):

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° CASOS:

N° EXPUESTOS:

N° SOSPECHOSOS

CASOS ASOCIADOS AL EXTRANJERO:

FECHA DE PRIMERA ATENCION:

FECHA DE PRIMEROS CASOS (INICIO DE SÍNTOMAS):

FECHA ULTIMOS CASOS:

DURACIÓN DEL BROTE:

SIGNOS Y SINTOMAS

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

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

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

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

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

Oros (cuáles):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | AMBULATORIOS | | HOSPITALIZADOS | | FALLECIDOS | |
| EDAD | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| 0-1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 a 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 a 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 a 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 a 34 |  |  |  |  |  |  |
| 35-44 |  |  |  |  |  |  |
| 45-54 |  |  |  |  |  |  |
| 55-64 |  |  |  |  |  |  |
| 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)

ENTREVISTA O ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA: SI | | Nº | |

ACTIVIDADES EDUCATIVAS:

INDIVIDUAL Nº | |

COLECTIVA Nº | |

**FORMA DE TRANSMISION**

\_\_\_ 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 (VACUNACION, DESINFECCION, EDUCACION, ETC):

CLASIFICACION FINAL (SOSPECHA, PROBABLE, CONFIRMADO, DESCARTADO):

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