

E-2

Puesto de Notificación		Identificación de la muestra de Gota Gruesa		Fecha de toma de muestra de Gota Gruesa			Semana epidemiológica		Toma de la muestra	Control parasitológico post-tratamiento					Tipo de búsqueda	
	Col Vol/ Comunitario								☐ Primera ☐ Control	3	7	14	21	28		Activa
	Unidad de Salud															Pasiva
	Otro	No. de clave	No. de lámina	Día	Mes	Año	Semana	Año								

I) DATOS DE LA PERSONA QUE TOMA LA MUESTRA

Nombre completo del Notificador		Unidad de Salud que notifica		Municipio		SILAIS	
---------------------------------	--	------------------------------	--	-----------	--	--------	--

II) DATOS DEL PACIENTE

Sexo		Fecha de nacimiento			Edad (d,m,a)	Embarazada
☐ M	☐ F					☐ Si ☐ No
Primer y segundo nombre		Primer y segundo apellidos		Día	Mes	Año
Lugar de Nacimiento			Etnia a la que pertenece			
Municipio de Nicaragua		Extranjero (país)		Mestizos	Subtiava	Nicarao
				Miskitu (Misquitos)	Nahua	Garifuna
No. y tipo de identificación		Matagalpa		Chorotega	Rama	
☐ Cédula ciudadana	☐ Pasaporte	☐ Cédula de residencia	Creole/Afro descendiente	Sumo/Mayagna	Otras	
Dirección de residencia habitual			Ocupación actual		No. de manzana	
					No. de vivienda	
Localidad			Municipio			
No. de teléfono del paciente		Nombre completo del jefe de familia			No. de teléfono del jefe de familia	

III) DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Estado febril de la persona	Fecha de inicio de los síntomas			PDRM*	Fecha de la toma de PDRM			Resultado de la PDRM	GG (Gota Gruesa)	Fecha de recepción en el Laboratorio			Motivo de falta de diagnóstico	Fecha del diagnóstico de GG		
☐ Sintomático ☐ Asintomático	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	☐ P. vivax ☐ P. falciparum ☐ Mixto ☐ Negativo		Día	Mes	Año	Mala calidad de la muestra ☐ Lámina rota o deteriorada ☐	Día	Mes	Año

IV) RESULTADOS DE LABORATORIO

Resultados	Densidad parasitaria		Datos del Laboratorista	
	Cuantitativa			
☐ P. vivax	EAS	P/μl	ESS	P/μl
☐ P. falciparum	EAS	P/μl	ESS	P/μl
☐ Mixto	EAS	P/μl	ESS	P/μl
☐ Otra especie	EAS	P/μl	ESS	P/μl
☐ Negativo	EAS	P/μl	ESS	P/μl
Unidad Salud donde se realizó el diagnóstico				
Municipio				SILAIS

V) COLILLA PARA EL COL VOL Y LA PERSONA QUE SE REALIZÓ LA MUESTRA

Nombre de la persona que recibe el resultado de la prueba		Tipo de prueba		Resultado		Especies	
		Gota Gruesa		Positivo		P. vivax	
		PDRM		Negativo		P. falciparum	
Primer y Segundo Nombre		Primer y Segundo Apellido		Pendiente		Mixta	
Edad (d,m,a)**	Embarazada	Dirección exacta					
	Si ☐ No ☐	Fecha de entrega					
		Día / Mes / Año		Nombre completo de la persona que recepciona la colilla			

INSTRUCTIVO DE FICHA DE MUESTRA HEMÁTICA DE MALARIA E-2

Datos De La Muestra

Clave del Puesto De Notificación: Marcar con una X el puesto de notificación que reporta la muestra hemática **Col Vol /Comunitario /Unidad de Salud** (se incluyen las unidades del Ministerio de salud) y **Otro** (Se incluirá todos los prestadores de servicios de salud que no pertenecen al ministerio de salud ejemplo: sector privado o seguridad social).

Identificación de la Muestra de Gota Gruesa (GG): Clave del Notificador /No. Lamina. **Fecha de la Toma de la Muestra Gota Gruesa:** Indicar fecha de la Gota Gruesa Día/Mes/Año.

Semana Epidemiológica/año: Anotar la semana epidemiológica según calendario epidemiológico y año.

Toma de la muestra: Primera / control (muestreo posterior a la medicación)

Muestra de Control: Marcar con un X el día de control que corresponda (estos son al día 3, 7,14,21, 28)

Tipo de búsqueda: **Activa:** cuando se busca al paciente (se incluye reactiva o proactiva). **Pasiva:** cuando el paciente asiste a las unidades de notificación.

I. DATOS DELA PERSONA QUE TOMA LA MUESTRA: nombre y apellidos completos del notificador (persona que notifica esta muestra puede ser personal de salud, colaborador voluntario).

Unidad de salud que notifica /**Municipio y Silais.**

II. DATOS DEL PACIENTE

Primer, Segundo Nombres y Apellidos: escribir completa la información. **Sexo:** Marcar con **X** según corresponda **F:** Femenino y **M:** Masculino. **Fecha de Nacimiento:** Día/Mes/Año. **Edad:** Escribir la edad en años, si el paciente es menor de un año, indicar la edad en meses seguido de la letra **m** y **d** si el paciente tiene menos de 1 mes o días. **Embarazada:** marcar con **X**.

Lugar de Nacimiento: escribir municipio y país de nacimiento y anotar el país **x** si es nació en Nicaragua o en un país extranjero marcar con **x**. **Documento de identificación:** Solicitar documento de identidad. Marcar con **x** el tipo de documento Cédula ciudadana/ pasaporte o cedula de residencia y anotar el número de documento presentado. **Dirección exacta donde vive:** Poner claramente la dirección con su localidad y municipio **Etnia:** especificar claramente y marque con **X** lo que corresponda, en mestizo se coloca todas las etnias no especificadas en la lista. **Ocupación:** Especificar ocupación. Si se cuenta anotar el No. **De manzana y No vivienda.** Según codificación del programa de vectores. **No. de teléfono del paciente:** anotar celular o convencional del paciente. **Nombre del Jefe de Familia:** Anotar jefe de familia o que ayude a ubicar a la persona que se hizo la prueba. **No. De teléfono del jefe de familia:** Teléfono celular o convencional del jefe de familia o paciente.

III. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Estado febril de la persona: Sintomático (fiebre, sudoración, escalofríos, en situaciones especiales dolor de cabeza leve, dolor de coyuntura) o asintomático (sin síntomas) **Fecha Inicio de Síntomas:** Día/Mes/Año: Anotar fecha en que inicio síntomas considerar tiempo de incubación.

PDRM: Prueba de diagnóstico rápido de Malaria. **Fecha de toma de PDRM:** anotar fecha en que se tomó la PDRM. Resultado de PDRM: marcar con **x** según especie. **Gota Gruesa GG / Fecha de recepción de la muestra en Laboratorio:** Día/Mes/Año: **Motivo Falta de diagnóstico:** En el caso que no se pueda leer la muestra especificar el motivo de no lectura marcas con **x**. **Fecha del diagnóstico de GG:** Día/Mes/Año:

IV. RESULTADO:

Resultado: Marcar con **X** el resultado correspondiente. **Densidad Parasitaria: Cuantitativas:** Si se realizó este diagnóstico por conteo cuantitativo, anotar los datos según especie.

Nombre del laboratorista: Nombre completo/ firma de quien realizó el diagnóstico. Unidad donde se realizó el diagnóstico **municipio/SILAIS.**

COLILLA PARA EL COLVOL Y NOMBRE DEL PACIENTE QUE SE REALIZÓ MUESTRA: **No. Clave:** anotar la clave **No. Lamina:** anotar lamina: Anotar número de lámina **Nombre de la persona que recibe resultado de la prueba: Nombres y apellidos completos,** **Tipo de prueba realizada:** Anotar lo que corresponda. **Dirección Exacta:** Anotar lo que corresponda. **Resultado:** Anotar lo que corresponda **Especie:** Anotar lo que corresponda. **Embarazada:** Anotar lo que corresponda. **Fecha de entrega (al paciente):** Anotar fecha en que se da el resultado **nombres completo de la persona que recepciona la colilla:** Anotar nombre de quien se entrega la colilla y resultado.