



MINISTERIO
DE SALUD

Procedimiento para vigilancia y control de la malaria

El Salvador, 2025.



MINISTERIO
DE SALUD

Procedimiento para vigilancia y control de la malaria

El Salvador, 2025.

2025 Ministerio de Salud



Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce n.º 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

Distrito de San Salvador y Capital de la República, 28 de octubre del 2025.

Acuerdo n.º 2773


El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerando:

- I. Que de acuerdo al numeral 2 del artículo 42 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo y numeral 4 del artículo 41 del Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud, la organización, reglamentación, emisión de normas y técnicas, así como la coordinación del funcionamiento y las atribuciones de los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias, que permitan el resguardo de la salud de la población.
- II. Que de acuerdo a los artículos 129, 130, 131 y 162 del Código de Salud corresponde al Ministerio de Salud efectuar acciones contra las enfermedades transmisibles y zoonosis, teniendo a su cargo el control de ella, y dentro de las cuales se encuentran la malaria.
- III. Que la Ley de Procedimientos Administrativos regula los requisitos de validez y eficacia de las actuaciones administrativas y el ejercicio de la potestad normativa de la Administración Pública, incluyendo la obligación para las instituciones de adecuar sus normativas a dicha ley.
- IV. Que es necesario desarrollar un procedimiento que regule las acciones de vigilancia y control de la malaria por parte del Ministerio de Salud.

Por tanto, en uso de las facultades legales, **acuerda** emitir el siguiente:

Procedimiento para vigilancia y control de la malaria

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
	Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
		Página 1 de 17


Aprobaciones			
Función	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por	Ing. José Eduardo Romero Chevez	Jefe de la Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores	
Revisado por	Lic. Fredy Alberto Funes Erazo	Director de Salud Ambiental	
	Ing. Kevin Miguel Guevara Cárcamo	Director de Planificación Ad honorem	
Aprobado por	Dra. Karla Marina Diaz de Naves	Viceministra de Operaciones en Salud Ad honorem	



Índice

I.	Introducción	
II.	Objetivo	2
III.	Alcance	2
IV.	Responsabilidades	2
V.	Definiciones y siglas	3
VI.	Contenido técnico	3
	A.1. Consideraciones especiales	3
	A.2. Marco normativo	4
	A.3. Descripción de las actividades del procedimiento	4
	A.4. Diagrama de flujo	5
VII.	Disposiciones finales	6
VIII.	Vigencia	6
IX.	Anexos	7
X.	Historial de cambios	17



 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
		Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
			Página 2 de 17

I. Introducción

Este procedimiento establece las acciones técnicas, operativas y administrativas para la vigilancia, diagnóstico, tratamiento y control vectorial de la malaria en El Salvador. Su aplicación busca prevenir el restablecimiento de la transmisión autóctona, garantizar la atención oportuna de casos y fortalecer la capacidad institucional para la toma de decisiones basadas en evidencia, en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud.

II. Objetivo

Establecer los procedimientos para la vigilancia y detección precoz de casos de malaria, el tratamiento o cura radical supervisado, la vigilancia entomológica y la ejecución de intervenciones de control vectorial, priorizando zonas de riesgo y escenarios epidemiológicos definidos.

III. Alcance

El presente procedimiento es de obligatorio cumplimiento para el personal de la DISAM y sus delegados, en el ejercicio de sus funciones, así como a todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas involucradas en la vigilancia y detección precoz de la malaria en todo el territorio del país.


El procedimiento inicia con la recepción del reporte del caso sospechoso o confirmado de malaria y finaliza con el registro de actividades en el Sistema Nacional de Vectores (SINAVEC) y el seguimiento entomológico en áreas intervenidas o a intervenir. Aplica a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud involucrados en la vigilancia y control de la malaria.

IV. Responsabilidades

Personal de vectores Nivel Superior: recibe el reporte del caso sospechoso o confirmado por microscopista o laboratorista, según clasificación (autóctono/importado) y activa el protocolo de respuesta en las primeras 24-48 horas.

Personal de vectores nivel local, SIBASI, región: articulación operativa coordinando acciones entre niveles para asegurar respuesta integrada, logística, supervisión y seguimiento del control de foco según escenario de riesgo. Documenta todas las actividades, hallazgos y resultados en el Sistema Nacional de Vectores para trazabilidad, análisis y toma de decisiones.

Personal de vectores (SIBASI): realiza encuesta entomológica en el área del caso:

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
		Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
			Página 3 de 17

pesquisa larvaria, verificación de criaderos, captura de adultos, identificación taxonómica. Si hay presencia del vector, ejecuta RRI e instalación de MTILD en 50-100 viviendas alrededor del caso, según tipo de población y escenario epidemiológico.

Entomología regional y SIBASI: define el escenario (1 a 4) y planifica vigilancia de rutina, al azar o por investigación de foco, según receptividad y vulnerabilidad del área.

V. Definiciones y siglas

Definiciones

Control de foco: Intervención dentro de las 24-48 horas en torno del caso confirmado de malaria para cortar la cadena de transmisión.

Siglas y Acrónimos

MTILD: Mosquiteros tratados con insecticida de larga duración.

RIR: Rociado intradomiciliario residual.

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral.

SINAVEC: Sistema Nacional de Vectores


UVETV: Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

VIGEPES: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

VI. Contenido técnico

A.1. Consideraciones especiales

- Toda muestra positiva a malaria debe ser confirmada y enviada para control de calidad dentro de las 24 horas de haber sido tomada.
- Debe haber un trabajo coordinado entre niveles y áreas de responsabilidad.
- Se enfatiza la respuesta para el control de foco en las primeras 24-48 horas de notificado el caso.
- Las acciones entomológicas deben considerar escenarios de riesgo y especies de *Plasmodium* involucradas.
- Definir los escenarios entomológicos (1 a 4) para guiar la intensidad y tipo de intervención.
- La intervención vectorial reactiva debe adaptarse al tipo de población y densidad del vector.
- Recomendación del uso de mosquiteros impregnados con insecticida de larga duración (MIILD) y rociado intradomiciliario residual (RIR), considerando la vulnerabilidad y receptividad.
- El tratamiento debe ser completo, radical y estrictamente supervisado, antes de las 24 horas.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
		Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
			Página 4 de 17

- El registro en SINAVEC es obligatorio para trazabilidad de información, análisis y toma de decisiones.

A.2. Marco normativo

1. Norma técnica para el abordaje integral de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis (MINSAL, 2025).
2. Lineamientos técnicos para la prevención, vigilancia y control de malaria.
3. Plan estratégico para la prevención del restablecimiento de la transmisión autóctona de malaria 2021-2025.
4. Formulario 1. Boleta de prueba parasitológica para investigación de Malaria.
5. Formulario 2. Formulario para el control de caso.
6. Formulario 3. VIGEPES 03.
7. Formulario 4. VIGEPES 01.
8. Formulario 3. VIGEPES 03.
9. Formulario 6. Reporte epidemiológico de laboratorio.

A.3. Descripción de las actividades del procedimiento

Vigilancia y control de la Malaria				
n.º	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa
1	Personal de Vectores Nivel Superior	Recibe la notificación y clasificación del caso	Recibe el reporte del caso sospechoso o confirmado por microscopista o laboratorista, según clasificación (autóctono/importado) y activa el protocolo de respuesta en las primeras 24-48 horas.	Normativa 1, 2 y 3. Formularios 1 y 6.
2	Personal de vectores nivel local, SIBASI, región, Nivel Superior	Coordinación entre niveles y áreas de responsabilidad	Articulación operativa coordinando acciones entre niveles para asegurar respuesta integrada, logística, supervisión y seguimiento del control de foco según escenario de riesgo.	Normativa 1, 2 y 3.
3	Personal de vectores (SIBASI)	Investigación entomológica de foco e intervención vectorial reactiva	Realiza encuesta entomológica en el área del caso: pesquisa larvaria, verificación de criaderos, captura de adultos, identificación taxonómica. Si hay presencia del vector, ejecuta RRI e instalación de MTILD en 50-100 viviendas alrededor del caso, según tipo de población y escenario epidemiológico.	Normativa 1, 2 y 3. Formularios 2, 3, 4 y 5.
4	Entomología regional y SIBASI	Vigilancia entomológica por escenario	Define el escenario (1 a 4) y planifica vigilancia de rutina, al azar o por investigación de foco, según receptividad y vulnerabilidad del área.	Normativa 1, 2 y 3. Formularios 2
5	Personal de Vectores (local, SIBASI)	Registro en sistema nacional (SINAVEC)	Documenta todas las actividades, hallazgos y resultados en el Sistema Nacional de Vectores para trazabilidad, análisis y toma de decisiones.	Normativa 1, 2 y 3. Formularios 3, 4 y 5.

A.4. Diagrama de flujo

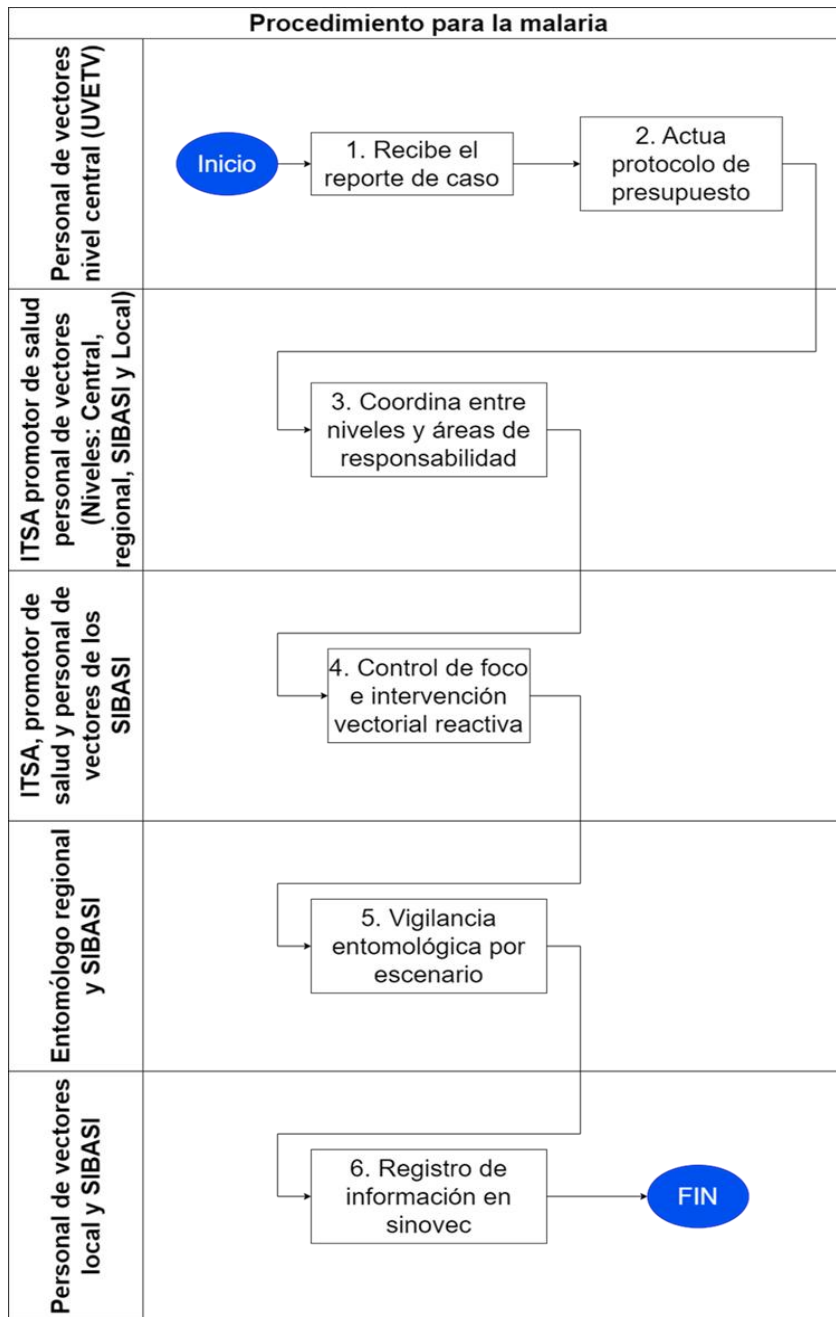



Figura 1: Diagrama de flujo “Procedimiento para la vigilancia de la malaria”

Fuente: Elaboración propia por el Equipo de documentación y levantamiento de procesos y procedimientos DISAM, 2025

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
		Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
			Página 6 de 17

VII. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del Ministerio de Salud, dar cumplimiento al presente procedimiento, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

El presente procedimiento será revisado y actualizado cuando existan cambios en su desarrollo, cuando finalice su vigencia o se determine necesario hacer cambios por parte del Titular.

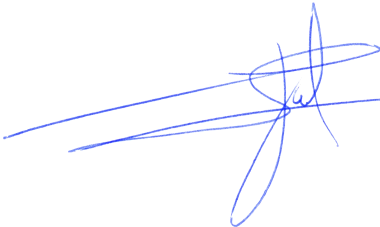

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en el presente Procedimiento, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.


VIII. Vigencia

El presente procedimiento entrará en vigencia a partir de la fecha de la firma del mismo, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

Comuníquese.





Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*


 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
	Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
		Página 7 de 17

IX. Anexos


Anexo 1: Formulario 1. Boleta de prueba parasitológica para investigación de Malaria

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-185
	Boleta de prueba parasitológica para investigación de malaria	Versión 01
		Página 1 de 1

<p style="text-align: center;">Dirección de Salud Ambiental Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores Programa Nacional de Malaria</p> <p style="text-align: center;">Boleta de Prueba Parasitológica para Investigación de Malaria</p> <p>Unidad Notificadora <input type="checkbox"/> Búsqueda activa</p> <p><input type="checkbox"/> SMO: _____ <input type="checkbox"/> Col Vol: _____</p> <p>Datos Personales Nombre: _____ Apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: _____</p> <p>Procedencia País: _____ Dirección: _____</p> <p>Gota Gruesa Tomada sospecha: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Tomada por: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Insp de Sanea. <input type="checkbox"/> I. Anti malaria <input type="checkbox"/> P. de salud <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>N° en FR: _____</p> <p>Lectura de Laboratorio <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p style="text-align: center;">MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR</p> <p style="text-align: center;">Dirección de Salud Ambiental Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores Programa Nacional de Malaria</p> <p style="text-align: right;">N° _____</p> <p style="text-align: center;">E-6: Boleta de Prueba Parasitológica para Investigación de Malaria</p> <p>Unidad Notificadora <input type="checkbox"/> MINSAL <input type="checkbox"/> ISS <input type="checkbox"/> MILITAR <input type="checkbox"/> ISBM <input type="checkbox"/> COL VOL <input type="checkbox"/> IPA</p> <p>Departamento: _____ Municipio: _____ Distrito: _____ Canton/Caserío: _____</p> <p>Establecimiento: _____ Col Vol: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Búsqueda Activa Fecha de toma: _____ Hora de toma: _____</p> <p>Datos Personales Primer Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Tipo de documento: _____ Numero de documento: _____</p> <p>Procedencia ¿Es extranjero? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No País de origen: _____ Departamento: _____ Municipio: _____ Distrito: _____ Canton/Caserío: _____ Dirección: _____</p> <p>Gota Gruesa: Fecha de inicio de fiebre: _____ NF EG: _____ Tomada por sospecha: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Laboratorio que leera o leyó: _____</p> <p>Gota gruesa tomada por: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Insp de Sanea. <input type="checkbox"/> P. Antidengue <input type="checkbox"/> I. Anti malaria <input type="checkbox"/> P. de salud <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Lectura de Laboratorio Genero del parásito: _____ Tipo de infección: _____ Cant. Leucocitos: _____ Especie: _____ EAS: _____ ESS: _____ Profesional que lee: _____ Fecha de lectura: ____/____/____ Hora: _____</p>
--	---

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
	Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
		Página 8 de 17

Anexo 2: Formulario 2. Formulario para el control de caso

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-186
	Formulario para el control de casos de malaria	Versión 01
		Página 1 de 3



MINISTERIO DE SALUD

Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores
Programa Nacional de Malaria

Fecha:


SECCIÓN 1. CARACTERIZACION DEL CASO


1.1. DATOS GEOGRAFICOS			
			N° de Identificación del caso:
Región de Salud:		Código de localidad:	
SIBASI:		Área:	
Departamento:		Latitud:	
Municipio:		Longitud:	
Distrito:		Altura SNM:	
Cantón:		Establecimiento de Salud:	
Caserío:			

1.2. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE	
Nombre:	
Domicilio actual:	
Domicilio temporal:	
Edad:	
Sexo:	
Ocupación:	
Nombre del responsable:	
Teléfono:	

Nota:

1.3. DATOS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO		
Fecha de Inicio de Síntomas:		
Fecha de primera consulta:		
Fecha de segunda consulta:		
Fecha de tercera consulta:		
Fecha de toma de muestra:		
Fecha de lectura en el nivel local:		
Resultados:		
Fecha de envió a control de calidad:		
Fecha del Control de calidad por LNSP:		

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
	Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
		Página 9 de 17

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-186
	Formulario para el control de casos de malaria	Versión 01
		Página 2 de 3

Resultado de control de calidad:		
Nivel de concordancia:		
Tipo de búsqueda:		
Tipo de manejo:		
Antecedente de viaje reciente:		
Descripción de cronología de consultas:		
Historia de transfusiones en últimos 3 meses:		
Ha presentado estos síntomas en otras ocasiones:		
Análisis:		

Nota:


1.4. DETECCIÓN DE CASOS Y TRATAMIENTO	
Método de diagnóstico del caso:	
Síntomas principales:	
Prueba utilizada:	
Especie de parásito detectado:	
Parasitemia:	
Tratamiento indicado	


Cuadro resumen de las fechas de administración de los medicamentos antimaláricos

Medicamentos	Fechas de administración											
Cloroquina 150mg												
Primaquina 15mg												

Nota:

1.5. SEGUIMIENTO DEL CASO			
	Tomada por:	Fecha:	Resultado:
G.G. control (72 hrs):			
G.G. control 7 días:			
G.G. control 14 días:			
G.G. control 21 días:			
G.G. control 28 días:			
G.G. control 2 mes:			
G.G. control 3 mes:			
G.G. control 4 mes:			
G.G. control 5 mes:			
G.G. control 6 mes:			
Resumen:			

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
		Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
			Página 10 de 17

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-186
		Formulario para el control de casos de malaria	Versión 01
			Página 3 de 3

SECCIÓN 2. CLASIFICACIÓN DEL CASO

2.1. EL CASO SE CLASIFICA COMO	
Especie de parásito:	
Clasificación:	
Procedencia:	

SECCIÓN 3. SEGUIMIENTO DEL CASO, EL HOGAR Y VECINDARIO

3.1. GENERALIDADES	
Fecha de la investigación:	
Fecha de Visita domiciliar:	

3.2. LISTA DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR TAMIZADOS, CON PRUEBA DE DETECCIÓN Y RESULTADOS.									
Nombre	Sexo		Parentesco	Febrial			Toma de muestra	Fecha de toma	Resultado
	M	F		A	R	T			


A=actuales, R=recientes, T=tardíos

NOTA:


3.3. CONTROL DE VECTORES Y MEDIDAS PREVENTIVAS ADOPTADAS.
•

3.4. MEDIDAS DE SEGUIMIENTO ADOPTADAS
•

3.5. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE QUE INVESTIGO EL CASO
<p>Dr. Kelvin Francisco Alfaro Salguero Colaborador Técnico Médico UVETV</p>

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
	Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
		Página 11 de 17

Anexo 3: Formulario 3. VIGEPES 03

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-182
	Formulario para investigación y cierre de enfermedades objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES-03)	Versión 01
		Página 1 de 2

Anexo 3

República de El Salvador
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
FORMULARIO PARA INVESTIGACIÓN Y CIERRE DE ENFERMEDADES OBJETO DE VIGILANCIA SANITARIA (VIGEPES – 03)

Nombre del Establecimiento: _____ Fecha de Consulta: ____/____/____

I. DATOS DEL PACIENTE

No. Expediente/ No. de Afiliación: _____ No. DUI o Pasaporte: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Años ____ Mes ____ Día Sexo: Masculino Femenino

Apellidos _____ Nombres _____ Si es menor de edad, nombre completo de la persona responsable _____

Dirección Completa _____ Departamento _____ Municipio _____
 Área: Urbana Rural Nacionalidad _____ País de Residencia _____ Teléfono _____

Fecha de Inicio de Síntoma: ____/____/____ Diagnóstico clínico/ Sospecha Diagnóstica: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____

Localidad	Estado Familiar	Ocupación	Agudización	Antecedentes
Riesgo <input type="checkbox"/>	Solitario <input type="checkbox"/>	Desempleado <input type="checkbox"/>	Agudización <input type="checkbox"/>	Antecedentes <input type="checkbox"/>
Urbana <input type="checkbox"/>	Con familia <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Agudización <input type="checkbox"/>	Antecedentes <input type="checkbox"/>
Trabaja <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Agudización <input type="checkbox"/>	Antecedentes <input type="checkbox"/>
Estudiante <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Agudización <input type="checkbox"/>	Antecedentes <input type="checkbox"/>

Forma de Detección de caso: Consulta Laboratorio Búsqueda Institucional Búsqueda en Comunidad
 Investigación de Contactos: Caso Reportado en la Comunidad Desconocido Otro

III. CUADRO QUE SUSTENTA DIAGNÓSTICO CLÍNICO O SOSPECHA DIAGNÓSTICA

SÍNTOMAS Y SIGNOS: Fiebre No No aplica Temperatura: ____ °C Fecha de Inicio de Fiebre: ____/____/____
 Exantema: Si No Duración de exantema: ____ días Fecha de Inicio: ____/____/____
 Tipo de Exantema: Escarlatina Vesicular Otro Diseminado

IV. SOROPCIÓN O RUBECULA

Tas: Si No Conjuntivas: Si No Córnea: Si No
 Mucosas de Faringe: Si No Adenopatía: Si No Artralgias: Si No

PROGRIOSIS

Dirección: Ascendente Descendente Otra No

Número de días hasta la instalación de la parálisis completa: _____

Presencia	Localización	Reflejo	Sensibilidad
Si <input type="checkbox"/>	1. Braquial 2. Cefálica	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	3. Axilar 4. Femoral	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

SÍNDROME DE RUBECULA CONGÉNITA (1 año de edad)

Definición	Localización	Reflejo	Sensibilidad
Si <input type="checkbox"/>	1. Braquial 2. Cefálica	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	3. Axilar 4. Femoral	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

DEFINICIÓN

Definición: Si No Fiebre amarilla: Si No Sarampión: Si No
 Dengue Grave: Fiebre alta de 4 días con dolor: Si No Abatido: Si No
 Acumulación de líquidos: Si No Dolor abdominal: Si No
 Sangrado menor: Si No Vómitos persistentes: Si No
 Sangrado mayor: Si No Hemorragia: Si No
 Dolor abdominal: Si No Dolor posterior: Si No


Rabia Humana


Definición: Si No Fiebre amarilla: Si No Sarampión: Si No
 Dengue Grave: Fiebre alta de 4 días con dolor: Si No Abatido: Si No
 Acumulación de líquidos: Si No Dolor abdominal: Si No
 Sangrado menor: Si No Vómitos persistentes: Si No
 Sangrado mayor: Si No Hemorragia: Si No
 Dolor abdominal: Si No Dolor posterior: Si No

Otros signos y síntomas: _____


Fuente de Infección (en personas): _____ Fuente de Infección (en animales): _____
 Desconoce Animal específico la especie: _____ Fecha de adquisición: ____/____/____
 Estuvo en contacto con un caso: Si No País visitado: _____ Fecha de ingreso: ____/____/____
 Lugar de contagio: Contacto en casa Comunidad Lugar de trabajo Establecimiento de Salud Escuela Otro
 Desconoce Específico _____

Vías probables de Entrada: Ocular Oral Oíca Herida de piel Vaginal Rectal Uretral
 Vías respiratorias Umbilical Post quirúrgico Iatrogénica Hial Otra


 MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
	Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
		Página 12 de 17

 MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-182
	Formulario para investigación y cierre de enfermedades objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES-03)	Versión 01
		Página 2 de 2


HISTORIA MATERNA: Apellidos y Nombre de la madre _____ (aplica para SRC, Tetano neonatal o Sífilis Congénita)		Edad: _____ No. de Embarazos previos: _____ Rubéola confirmada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sem. de embarazo _____ Enfermedad similar a Rubéola: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sem. de embarazo _____ Exposición a Rubéola: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sem. de embarazo (donde) _____ Viajes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sem. de embarazo (donde) _____																																																																											
Lugar donde verifico parto _____ Fecha _____ RN fue hospitalizado en _____ Fecha _____		Donde: _____ Vacunación contra Rubéola: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. de Dosis: _____ Fecha de última dosis: _____ / _____ / _____ Sífilis confirmada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sem. de embarazo _____ En control Prenatal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medicado con ATB: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																											
IV. EXAMENES QUE FUNDAMENTAN EL DIAGNÓSTICO LABORATORIO Y/O GABINETE																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha de toma</th> <th>Tipo de muestra</th> <th>Exámenes</th> <th>Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Fecha de toma	Tipo de muestra	Exámenes	Resultados													Tratamiento específico que recibió: Antibióticos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esteroides: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> LEV: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trasfusión Sanguínea: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clasificación Inicial: _____ Observaciones: _____																																																											
Fecha de toma	Tipo de muestra	Exámenes	Resultados																																																																										
V. HISTORIA VACUNAL Se exploró antecedentes de vacunación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quien Reporta: Establecimiento que reporta caso <input type="checkbox"/> Establecimiento que realizó investigación <input type="checkbox"/> Fuente de información sobre vacunación: Tarjeta de Vacunación <input type="checkbox"/> Registro en Servicio de Salud <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> No tiene historia de vacunación <input type="checkbox"/> A su primer contacto con el servicio de salud llevó carnet de vacunación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fue necesario completar esquema de vacunación a través de la investigación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Tipo de Vacuna</th> <th rowspan="2">Total dosis</th> <th colspan="4">Fecha de aplicación</th> </tr> <tr> <th>1era dosis</th> <th>2da dosis</th> <th>3a dosis</th> <th>Ultimo refuerzo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Poliomielitis</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Pentavalente</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>SPR</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>SR</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Tipo de Vacuna	Total dosis	Fecha de aplicación				1era dosis	2da dosis	3a dosis	Ultimo refuerzo	BCG						Poliomielitis						Pentavalente						SPR						SR						<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Tipo de Vacuna</th> <th rowspan="2">Total dosis</th> <th colspan="4">Fecha de aplicación</th> </tr> <tr> <th>1era dosis</th> <th>2da dosis</th> <th>3a dosis</th> <th>Ultimo refuerzo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>DPT</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Td</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Fiebre Amarilla</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Antirrábica</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Tipo de Vacuna	Total dosis	Fecha de aplicación				1era dosis	2da dosis	3a dosis	Ultimo refuerzo	DPT						Td						Fiebre Amarilla						Antirrábica					
Tipo de Vacuna	Total dosis			Fecha de aplicación																																																																									
		1era dosis	2da dosis	3a dosis	Ultimo refuerzo																																																																								
BCG																																																																													
Poliomielitis																																																																													
Pentavalente																																																																													
SPR																																																																													
SR																																																																													
Tipo de Vacuna	Total dosis	Fecha de aplicación																																																																											
		1era dosis	2da dosis	3a dosis	Ultimo refuerzo																																																																								
DPT																																																																													
Td																																																																													
Fiebre Amarilla																																																																													
Antirrábica																																																																													
Fecha de alta: _____ / _____ / _____		Nombre y Sello del epidemiólogo Referente local: _____																																																																											
VI. ACCIONES DE CONTROL VACUNAL																																																																													
Nombre del Establecimiento: _____ fecha de Visita domiciliar: _____ / _____ / _____ Hubo búsqueda activa de casos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de casos sospechosos encontrados: _____ Hay otros casos presentes en el municipio de residencia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Viaje paciente fuera de su lugar de residencia entre los 7 y 23 días de inicio de exantema: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se realizó visita de otros lugares donde paciente viajó durante su enfermedad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Lugares visitados: Escuela <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Casa de otros familiares <input type="checkbox"/> Lugares de congregación <input type="checkbox"/> Lugar donde pernoctó <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hubo monitoreo rápido de vacunación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Que % de vacunados encontró: _____ Se realizó vacunación por: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo: Susceptibles <input type="checkbox"/> Bloqueo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Municipio</th> <th rowspan="2">Localidad</th> <th rowspan="2">Cobertura de vacunación previa</th> <th colspan="2">No. de habitantes</th> <th colspan="2">No. de Viviendas</th> <th rowspan="2">Susceptibles Encuentrados</th> <th colspan="2">Dosis aplicadas</th> <th colspan="2">Fechas de Vacunación</th> </tr> <tr> <th>< 1 a</th> <th>1 a 4 años</th> <th>> 5 años</th> <th>Total localidad</th> <th>Total visitadas</th> <th>Susceptibles</th> <th>Bloqueo</th> <th>Inicio</th> <th>Finalización</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Municipio	Localidad	Cobertura de vacunación previa	No. de habitantes		No. de Viviendas		Susceptibles Encuentrados	Dosis aplicadas		Fechas de Vacunación		< 1 a	1 a 4 años	> 5 años	Total localidad	Total visitadas	Susceptibles	Bloqueo	Inicio	Finalización																																																					
Municipio	Localidad	Cobertura de vacunación previa	No. de habitantes				No. de Viviendas		Susceptibles Encuentrados	Dosis aplicadas		Fechas de Vacunación																																																																	
			< 1 a	1 a 4 años	> 5 años	Total localidad	Total visitadas	Susceptibles		Bloqueo	Inicio	Finalización																																																																	
VII. ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN Y FUENTE PROBABLE DE INFECCIÓN																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Especifique Lugar visitado</th> <th colspan="2">Fecha de visitas por paciente</th> <th colspan="2">No. de Detectados</th> <th rowspan="2">Fecha de visita por nivel local</th> <th rowspan="2">Monitoreo rápido</th> <th rowspan="2">% vacunados</th> </tr> <tr> <th>Entrada</th> <th>Salida</th> <th>Contactos</th> <th>Sospechosos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Especifique Lugar visitado	Fecha de visitas por paciente		No. de Detectados		Fecha de visita por nivel local	Monitoreo rápido	% vacunados	Entrada	Salida	Contactos	Sospechosos																																																														
Especifique Lugar visitado	Fecha de visitas por paciente		No. de Detectados		Fecha de visita por nivel local	Monitoreo rápido	% vacunados																																																																						
	Entrada	Salida	Contactos	Sospechosos																																																																									
VIII. PESQUISA DE CONTACTOS, CONVIVIENTES O CONSANGUÍNEOS SEGÚN CASO E INTERVENCIONES REALIZADAS																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre de contacto</th> <th>Edad</th> <th>Sexo</th> <th>Nexo</th> <th>Detectado</th> <th>Estado</th> <th>Toma muestra</th> <th>Fecha de toma</th> <th>Resultado</th> <th>Antecedente de</th> <th>Condición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Nombre de contacto	Edad	Sexo	Nexo	Detectado	Estado	Toma muestra	Fecha de toma	Resultado	Antecedente de	Condición																																																															
Nombre de contacto	Edad	Sexo	Nexo	Detectado	Estado	Toma muestra	Fecha de toma	Resultado	Antecedente de	Condición																																																																			
Sexo: 1. Masc.; 2. Fem. Nexo: 1. Familiar; 2. Amigo; 3. Compañero de trabajo; 4. Vecino; 5. Otro. Detectado: 1. Intradomiciliar; 2. Extradomiciliar. Estado del Detectado: 1. Con síntomas; 2. Sin síntomas; 3. En estudio. Condición: 1. Vivo; 2. Muerto. No. de Habitantes: _____ No. de Viviendas: _____ No. de Viviendas visitadas: _____ No. de Profilaxis dadas: _____ No. viviendas intervenidas: _____ Acciones de control: Vectorial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Lecturas de Cloro: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Distribución de Purigues: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vacunación Canina y Felina: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desratización: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otras Actividades realizadas de Prevención y Control: _____ Nombre y Firma de profesional que coordinó visita domiciliar: _____																																																																													
IX. CLASIFICACIÓN																																																																													
Correlación con otros casos: Caso índice <input type="checkbox"/> Caso Primario <input type="checkbox"/> Caso secundario <input type="checkbox"/> Caso único <input type="checkbox"/> Clasificación final: Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Reacción vacunal <input type="checkbox"/> Reacción alérgica <input type="checkbox"/> Inadecuadamente investigado <input type="checkbox"/> Otro Dx: <input type="checkbox"/> Criterio para confirmación: Laboratorio <input type="checkbox"/> Nexo epidemiológico <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Condición: Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Fecha de defunción: _____ / _____ / _____ Firma y Sello del epidemiólogo o Referente local que cierra caso _____ Seguimiento de contactos hasta 30 días después de erupción de caso (EFE) en casos confirmados: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: _____ / _____ / _____ Seguimiento a los 60 días de PFA: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de seguimiento: _____ / _____ / _____ Parálisis residual: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atrofia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compatible con polio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Toda investigación de caso deberá estar cerrada antes de los 30 días después de haber sido notificado.																																																																													


 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
	Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
		Página 13 de 17

Anexo 4: Formulario 4. VIGEPES 01


 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-159
	Formulario para notificación individual de enfermedades objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES-01)	Versión 01
		Página 1 de 1



Anexo 1

 GOBIERNO DE EL SALVADOR República de El Salvador SISTEMA NACIONAL DE SALUD FORMULARIO PARA NOTIFICACION INDIVIDUAL DE ENFERMEDADES OBJETO DE VIGILANCIA SANITARIA (VIGEPES – 01)	
1. Nombre del Establecimiento: _____	2. Fecha de Consulta: ____/____/____
3. No. Expediente/No. de Afiliación: _____	4. Categoría Afiliación: <input type="checkbox"/> Cotizante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Hijo
5. No. DUI o Pasaporte: _____	6. Fecha de nacimiento: ____/____/____
7. Edad: ____ Años ____ Mes ____ Dias	
8. Apellidos: _____	Nombres: _____
9. Si es menor de edad, nombre completo de la persona responsable: _____	10. Sexo: <input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem
11 Dirección Completa: _____	12. Area: <input type="checkbox"/> Urbano. <input type="checkbox"/> Rural
Departamento: _____ Municipio: _____	13. Nacionalidad: _____
Localidad: : _____	14. Residencia: _____
15. Teléfono: : _____	
16. Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre del Centro Educativo (Completar esta información únicamente si es un estudiante)	
17. Antecedentes Obstétricos: <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> No Aplica <small>(Aplica un círculo para mujeres en edad reproductiva)</small>	
18. Semanas de amenorrea: _____	
19. Manejo: <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalario <input type="checkbox"/> Referido a: _____	
20. Diagnóstico clínico/ Sospecha Diagnóstica: _____	
21. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____	22. Fecha de notificación: ____/____/____
23. Condición: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto	24. Fecha de defunción: ____/____/____
25. Causa de Defunción: _____	
26. Nombre del médico que notifica: _____	
Firma y Sello : _____	
<small>Este formulario es propiedad y otro uso sin el consentimiento escrito del VIGEPES. Este formulario debe ser llenado en forma completa y con letra de imprenta.</small> <small>© Ministerio de Salud Código: 80E03130 Dirección de Epidemiología Mayo 2021</small>	


 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
		Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
			Página 14 de 17


Anexo 5: Formulario 5. VIGEPES 02

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-181
		Formulario para solicitud de examen por enfermedad objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES-02)	Versión 01
			Página 1 de 2

 GOBIERNO DE EL SALVADOR		República de El Salvador SISTEMA NACIONAL DE SALUD		 GOBIERNO DE EL SALVADOR		MINISTERIO DE SALUD	
FORMULARIO PARA SOLICITUD DE EXAMEN POR ENFERMEDAD OBJETO DE VIGILANCIA SANITARIA (VIGEPES-02)							
1. Nombre del establecimiento: _____				2. Fecha de consulta: _____			
3. No. Expediente/ No. de Afiliación: _____				4. No. DUI o pasaporte: _____			
5. Edad: _____ Años _____ Mes _____ Día _____		6. Sexo: Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/>		7. Apellidos _____		Nombres (Letra Molde) _____	
8. Nombre de responsable si es menor de edad: _____							
9. Dirección Completa: _____						Departamento	Municipio
10. Embarazada: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		11. Semanas de Amenorrea: _____					
12. Diagnóstico clínico/ sospecha diagnóstica: _____							
13. Fecha de Inicio de Sintoma: _____ / _____ / _____				14. Condición: Vivo <input type="radio"/> Muerto <input type="radio"/>			
15. Fecha de defunción: _____ / _____ / _____				16. Nombre del médico que notifica: _____			

USO EXCLUSIVO DEL NIVEL LOCAL QUE COLECTA MUESTRA				No. ID VIGEPES: _____			
Nombre del establecimiento: _____				Fecha: _____ / _____ / _____			
Tipo de Vigilancia: Por enfermedad Objeto de Vigilancia <input type="radio"/> Vigilancia Cetinela Integral <input type="radio"/> Brote <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>							
Tipo de Muestra: Sangre <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Heces <input type="radio"/> LCR <input type="radio"/> Hisopado de la garganta							
Aspirado/hisopado nasofaríngeo <input type="radio"/> Hisopado rectal <input type="radio"/> Tejido <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> : _____							
Número de Muestra: Primera muestra <input type="radio"/> Segunda Muestra <input type="radio"/> Tercera Muestra (si se justifica) <input type="radio"/>							
Motivo de análisis: Para estudio <input type="radio"/> Para confirmación <input type="radio"/> Por seguimiento de caso <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>							
Observaciones: _____							
Número de ID de la Muestra: _____		Fecha de toma de muestra: _____ / _____ / _____		Fecha de envió: _____ / _____ / _____			
Firma y Sello del profesional de laboratorio				Sello del laboratorio			

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
	Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
		Página 15 de 17

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-FOR-181
	Formulario para solicitud de examen por enfermedad objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES-02)	Versión 01
		Página 2 de 2

USO EXCLUSIVO DE LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA

Fecha de recepción de muestra: / / Número de ID de la Muestra:

Fecha de procesamiento de muestra: / / Fecha de resultados de la muestra: / /

Resultados por método utilizado:


EIISA <input type="text"/>	Resultado cuantitativo: <input type="text"/>
PCR <input type="text"/>	SEROVAR REACTOR <input type="text"/> TÍTULO <input type="text"/>
CULTIVO <input type="text"/>	SEROVAR REACTOR <input type="text"/> TÍTULO <input type="text"/>
OTRO MÉTODO <input type="text"/>	SEROVAR REACTOR <input type="text"/> TÍTULO <input type="text"/>

se considera Positiva una reacción 1:160 ó mayor a uno ó más de los antígenos de Leptospira. Para completar el examen serológico, debe obtenerse una SEGUNDA MUESTRA, la cual deberá examinarse dos ó tres semanas de la fecha de extracción de la primera muestra.

Resultado final de laboratorio: Negativo Positivo Intermedio Muestra inadecuada

No se recibió Muestra Muestra enviada al exterior Fecha de envió: / /

Firma y Sello del profesional de laboratorio
Sello del laboratorio

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	M02-VS-VIGILAR LA SALUD AMBIENTAL	Código: M02-VS-DISAM-PRO-44
		Procedimiento para vigilancia y control de la malaria	Versión 01
			Página 17 de 17

X. Historial de cambios

Versión Origen	Responsable	Fecha del cambio	Tipo de modificación	Nueva versión
00	Director de Salud Ambiental	No aplica	No aplica	Inicial