

TARJETAS SIS VERSION 2016

REUNIÓN NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

NOVIEMBRE 25 AL 27, 2015

**TARJETA DE CONTROL DEL ESTADO
DE NUTRICIÓN DEL NIÑO**

SIS-SS-18-P

2016

SIS 2015

		TARJETA DE CONTROL DEL ESTADO DE NUTRICIÓN DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE				SIS-SS-18-P
CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN	ENTIDAD	

SIS 2016

		TARJETA DE CONTROL DEL ESTADO DE NUTRICIÓN DEL NIÑO				SIS-SS-18-P
					FECHA DE INGRESO ___/___/___	
CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN	ENTIDAD	

SIS-SS-18-P

TARJETA DE CONTROL PERSONALIZADO DE LA DETECCIÓN DE ANEMIA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SIS-SS-18Hb-P

CLUES _____ NOMBRE DE LA UNIDAD _____ LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____ JURISDICCIÓN _____ ENTIDAD _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

EXPEDIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ año _____ mes _____ día _____

INTEGRANTE DE FAMILIA PROSPERA
No. De Tarjeta _____

NOMBRE _____ Sexo: [M] [F]

Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)

CONTROL DE EXAMENES DE HEMOGLOBINA

Detección	Edad años/meses	Fecha de Programación	Fecha de Realización	Resultado	Referido	Observaciones
1°						
2°						
1°						
2°						
1°						
2°						
1°						
2°						
1°						
2°						

SIS-2015

SIS 2015

Se elimina la Tarjeta de Control Personalizado de la Detección de Anemia Niños Menores de 5 años SIS-SS-18Hb-P y se integra a la SIS-SS-18-P

SIS 2016

CONTROL PERSONALIZADO DE LA DETECCIÓN DE ANEMIA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Detección	EDAD años/meses	Fecha de Programación	Fecha de Realización	Resultado	Referido	Observaciones
1°						
2°						
1°						
2°						
1°						
2°						
1°						
2°						
1°						
2°						

SIS 2016

Detección: Esta columna está predeterminada y hace referencia a numerar las detecciones en el año calendario estadístico, para el caso de un niño que ingresa en el segundo semestre, la primera detección se registrará en la fila 1ª.

Ejemplo: en el supuesto de que a un menor se le realiza su primera detección de hemoglobina a partir del mes de Agosto del 2016, la siguiente detección de hemoglobina se deberá realizar seis meses posteriores, es decir, hasta el siguiente año calendario estadístico. Cuando ocurra este caso la segunda detección deberá registrarse como la 1ª detección del año.

Detección	Edad años/meses	Fecha de Programación	Fecha de Realización	Resultado
1ª	7 M	15/08/2016	15/08/2016	Sin Anemia
2ª				
1ª	13 M	15/02/2017	15/02/2017	Sin Anemia
2ª	19 M	15/08/2017	15/08/2017	Sin Anemia

Por otro lado, en el supuesto de que la detección se realizará en el mes de diciembre de 2016, posterior al día 25, ésta se tendría que reportar como la 1ª del año 2017, de acuerdo al calendario estadístico.

SIS 2015

CONTROL DE CITAS																			
FECHA	PESO gramos	TALLA centímetros	EDAD años/meses	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL			EN VÍAS DE RECUPERACIÓN			RECUPERADO			REFERIDO	VISITA DOMICILIARIA	LACTANCIA MATERNA		ORIENTACIÓN ALIMENTARIA *	AYUDA ALIMENTARIA < 5 años	OBSERVACIONES
				< de 5 años	De 5 a 19 años	< de 5 años	De 5 a 9 años	< de 5 años	De 5 a 19 años	EXCLUSIVA Menores de 6 meses	De 6 meses a menores de 3 años								
				Peso para la Edad	Peso para la Talla	Talla para la Edad	IMC	Peso para la Edad	Peso para la Talla	IMC	Peso para la Edad	Peso para la Talla	IMC						

* 1.- LACTANCIA MATERNA de 0 a 6 meses; 2.- ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA de 6 meses a 1 año; 3.- INTEGRACIÓN A LA DIETA FAMILIAR al primer año de edad; 4.- ALIMENTACIÓN CORRECTA en mayores de un año de edad y hasta los 19 años.

ANVERSO

SIS-2015

SIS 2016

CONTROL DE CITAS																	
FECHA	PESO gramos	TALLA centímetros	EDAD años/meses	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL			EN VÍAS DE RECUPERACIÓN		RECUPERADO		REFERIDO	VISITA DOMICILIARIA	LACTANCIA MATERNA		ORIENTACIÓN ALIMENTARIA ***	AYUDA ALIMENTARIA < 5 años	OBSERVACIONES
				< 5 años	5 a 9 años	< 5 años	5 a 9 años	< 5 años	5 a 9 años	EXCLUSIVA Menores de 6 meses			De 6 meses a menores de 3 años				
				Peso para la Talla*	Talla para la Edad**	IMC*	Peso para la Talla*	IMC*	Peso para la Talla*	IMC*							

ABREVIATURAS DEL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

*Peso para la Talla (P/T) e Índice de Masa Corporal (IMC): OB.Obesidad, SBP.Sobrepeso, N.Normal, DL.Desnutrición leve (P/T), DM.Desnutrición moderada (P/T), DG.Desnutrición grave (P/T), BP.Bajo Peso (IMC).

**Talla para la Edad: TA.Talla alta, TN.Talla normal, TB.Talla baja.

*** 1.LACTANCIA MATERNA de 0 a 6 meses; 2.ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA de 6 meses a 1 año; 3.INTEGRACIÓN A LA DIETA FAMILIAR al primer año de edad; 4.ALIMENTACIÓN CORRECTA en mayores de un año de edad y hasta los 9 años.

ANVERSO

SIS-2016

**TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL
DE LEPROSA**

SIS-SS-19-P

2016

SIS 2016

INSTRUCTIVO DE LLENADO TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE LEPRO, SIS-SS-19-P

MANEJO DE LA FORMA

Requisite los datos de la atención y seguimiento del caso de lepra en tratamiento.

DATOS IDENTIFICACIÓN

- ✓ **Expediente:** Registre el número de expediente del paciente.
- ✓ **SPSS:** Marque con "X" el recuadro si es afiliado al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).
- ✓ **Afiliación SPSS:** Anote el número de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).
- ✓ **Sexo:** Marque con "X" el recuadro al que corresponda el sexo del paciente.
- ✓ **Fecha de nacimiento:** Anote la fecha de nacimiento del paciente día/mes/año, si se desconoce la fecha precisa de nacimiento, escriba 30/06/ y año aproximado de nacimiento.
- ✓ **Edad:** Anote los años cumplidos del paciente.
- ✓ **Entidad de nacimiento:** Anote el código de la Entidad Federativa donde nació el paciente con base a: 01 Aguascalientes, 02 Baja California, 03 Baja California Sur, 04 Campeche, 05 Coahuila de Zaragoza, 06 Colima, 07 Chiapas, 08 Chihuahua, 09 Distrito Federal, 10 Durango, 11 Guanajuato, 12 Guerrero, 13 Hidalgo, 14 Jalisco, 15 México, 16 Michoacán de Ocampo, 17 Morelos, 18 Nayarit, 19 Nuevo León, 20 Oaxaca, 21 Puebla, 22 Querétaro, 23 Quintana Roo, 24 San Luis Potosí, 25 Sinaloa, 26 Sonora, 27 Tabasco, 28 Tamaulipas, 29 Tlaxcala, 30 Veracruz de Ignacio de la Llave, 31 Yucatán, 32 Zacatecas.
- ✓ **Nombre:** Anote el (los) nombre(s) del paciente, apellido paterno y el apellido materno, si no cuenta con algún apellido anote "X" según corresponda.
- ✓ **CURP:** Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del paciente.
- ✓ **Declara pertenecer a un pueblo indígena:** si el paciente considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. Marque con una "X" en el recuadro correspondiente según la respuesta.
- ✓ **Domicilio primario:** Anote el domicilio actual del paciente, con calle, número exterior, número interior, lote, manzana, colonia, código postal, municipio y estado, y referencias de localización.
- ✓ **Otro domicilio:** Anote un domicilio adicional si cuenta con otro que desee registrar, con calle, número exterior, número interior, lote, manzana, colonia, código postal, municipio y estado, y referencias de localización.
- ✓ **Teléfono fijo:** Anote el número de telefonía fija con el que cuenta el paciente en su domicilio.
- ✓ **Celular:** Anote el número de telefonía celular del paciente, con los 10 dígitos, si cuenta con él.
- ✓ **Correo electrónico:** Anote la dirección de correo electrónico del paciente, si cuenta con ella.
- ✓ **Ocupación:** Escriba la ocupación del paciente en el momento de la apertura de esta tarjeta.

**TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL
DE CASO DE TUBERCULOSIS**

SIS-SS-20-P

2016

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TUBERCULOSIS

SIS-SS-20-P

EXAMEN DE CONTACTOS

NOMBRE	EDAD	SEXO	CICA-TRIZ BCG	SÍNTOMAS	EXAMEN DE RESULTADOS					DIAGNÓSTICO			ACCIONES	
					BACTERIOLÓGICOS	RAYOS X	P P D		HISTORIA CLÍNICA	PRIMO INFECCIÓN	T B	NO T B	QUIMIO-PROFILAXIS	TRATAMIENTO
							FECHA APLICACIÓN	LECTURA mm						

VISITAS DOMICILIARIAS

SOLICITUD		REALIZACIÓN	
FECHA	MOTIVO	FECHA	RESULTADO

OBSERVACIONES	ENFERMEDADES CONCOMITANTES



EXAMEN DE CONTACTOS

NOMBRE	EDAD	SEXO	CICATRIZ BCG	SÍNTOMAS	EXAMEN DE RESULTADOS					DIAGNÓSTICO			ACCIONES		
					BACTERIOLÓGICOS	RAYOS X	PPD			ENFERMEDADES ASOCIADAS*	PRIMO-INFECCIÓN	Tb	NO Tb	QUIMIO-PROFILAXIS	TRATAMIENTO
							FECHA APLICACIÓN	FECHA DE LECTURA	LECTURA mm						

VISITAS DOMICILIARIAS

SOLICITUD		REALIZACIÓN	
FECHA	MOTIVO	FECHA	RESULTADO

OBSERVACIONES

* 1.VIH/SIDA, 2.Alcoholismo, 3.Diabetes, 4.Desnutrición, 5.Cirrosis hepática, 6.Neoplasias, 7.Insuficiencia cardíaca, 8.EPOC, 9.Edema Agudo Pulmonar, 10.Otras

SIS 2015

SIS 2016

DIAGNÓSTICO	FECHA
DETECTADO EN:	
CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> PESQUISA <input type="checkbox"/> CONTACTO <input type="checkbox"/>	
CICATRIZ DE BCG: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
LOCALIZACIÓN: PULMONAR <input type="checkbox"/> MENINGEA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	
COMPROBACIÓN: BACILOSCOPÍA <input type="checkbox"/>	
CULTIVO <input type="checkbox"/> BIOPSIA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
TIPO PACIENTE: CASO NUEVO <input type="checkbox"/> RECAÍDA <input type="checkbox"/>	
REINGRESO <input type="checkbox"/> FRACASO <input type="checkbox"/>	
FRACASO RESISTENTE <input type="checkbox"/> REFERIDO <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL DIAGNÓSTICO		FECHA
DETECTADO EN:	CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> PESQUISA <input type="checkbox"/> CONTACTO <input type="checkbox"/>	__/__/__
CICATRIZ DE BCG:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
LOCALIZACIÓN:	PULMONAR <input type="checkbox"/> MENINGEA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	
COMPROBACIÓN:	BACILOSCOPÍA <input type="checkbox"/> CULTIVO <input type="checkbox"/>	
	BIOPSIA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
TIPO PACIENTE:	CASO NUEVO <input type="checkbox"/> RECAÍDA <input type="checkbox"/> REINGRESO <input type="checkbox"/>	
	FRACASO <input type="checkbox"/> REFERIDO <input type="checkbox"/>	
ENFERMEDADES ASOCIADAS *:		__ __ __ __ __ __
DETECCIONES		
VIH:	FECHA	RESULTADO:
DIABETES MELLITUS:	FECHA	RESULTADO:

1. VIH/SIDA
2. Alcoholismo
3. Diabetes
4. Desnutrición
5. Cirrosis hepática
6. Neoplasias
7. Insuficiencia Cardíaca
8. EPOC
9. Edema Agudo Pulmonar
10. Otras

Se integra apartado de detecciones

SIS 2015

Tipo de paciente: Marque con "X" el o los recuadros de acuerdo al tipo de paciente, ya que puede corresponder a cualquier tipo y además ser farmacorresistente.

*Caso nuevo: Enfermo en quien se establece el diagnóstico de tuberculosis por primera vez.

*Recaída: Presencia de signos o síntomas con reaparición de bacilos en la expectoración, o en otros especímenes, después de haber egresado del tratamiento por curación.

*Reingreso: Cuando reanuda el tratamiento después de haberlo abandonado.

*Fracaso: Si al término del tratamiento persisten los bacilos en la expectoración u otros especímenes confirmado por cultivo o a quien después de un periodo de negativización tiene baciloscopia positiva confirmada por cultivo.

*Farmacorresistente: Paciente en quien se haya comprobado por pruebas de susceptibilidad antimicrobiana la resistencia del *Mycobacterium* a alguno de los medicamentos para la tuberculosis.

*Referido: Paciente que por causa justificada se envía a otra unidad o nivel de atención u otras instituciones, para continuar su tratamiento.

SIS 2016

~~*Farmacorresistente: Paciente en quien se haya comprobado por pruebas de susceptibilidad antimicrobiana la resistencia del *Mycobacterium* a alguno de los medicamentos para la tuberculosis.~~

Referido: Paciente que por causa justificada se envía a otra unidad o nivel de atención u otras instituciones, para continuar su tratamiento.

Enfermedades Asociadas: 1. VIH/SIDA, 2. Alcoholismo, 3. Diabetes, 4. Desnutrición, 5. Cirrosis hepática, 6. Neoplasias, 7. Insuficiencia Cardíaca, 8. EPOC, 9. Edema Agudo Pulmonar, 10. Otras. Se puede registrar más de una si es el caso.

DETECCIONES

- ✓ VIH. Anote la fecha (día, mes y año) y el resultado de las pruebas realizadas. Métodos indirectos, determinando la presencia de anticuerpos anti-VIH por inmunoanálisis enzimático EIA (antes ELISA) o mediante pruebas rápidas.
- ✓ Diabetes Mellitus. Anote la fecha (día, mes y año) y el resultado de la glucemia (mg/dl) realizada, anote los miligramos de glucosa en sangre encontrados ya sea por tira reactiva o análisis de laboratorio.

SIS-SS-20-P

TRATAMIENTO			
FECHA DE INICIO _ _ / _ _ / _ _			
ESQUEMA: DÍA MES AÑO			
PRIMARIO <input type="checkbox"/>			
RETRATAMIENTO PRIMARIO <input type="checkbox"/>			
RETRATAMIENTO ESTANDARIZADO <input type="checkbox"/>			
FASE	DURACIÓN	PERIODO	DOSIS
INTENSIVA			
SOSTEN			

SIS 2015

ESQUEMA

Primario: Comprende la administración del tratamiento primario con 4 fármacos de primera línea durante 6 meses.
 Retratamiento Primario: Comprende la administración de 5 medicamentos de primera línea durante 8 meses de tratamiento. Éste se administra cuando el paciente abandona, recae o fracasa a un tratamiento primario, se confirma por laboratorio.
 Retratamiento estandarizado: Comprende la administración de medicamentos de segunda línea durante 18 o más meses de tratamiento. Estos pacientes fueron fracasos del tratamiento primario y requieren evaluación del Comité Estatal de Farmacorresistencia (COEFAR).

TRATAMIENTO			
FECHA DE INICIO ___/___/___ ESQUEMA: PRIMARIO <input type="checkbox"/> RETRATAMIENTO PRIMARIO <input type="checkbox"/>			
FASE	DURACIÓN	PERIODO	DOSIS
INTENSIVA			
SOSTEN			

SIS 2016

ESQUEMA

Primario: Comprende la administración del tratamiento primario con 4 fármacos de primera línea durante 6 meses.
 Retratamiento Primario: Comprende la administración de 5 medicamentos de primera línea durante 8 meses de tratamiento. Éste se administra cuando el paciente abandona, recae o fracasa a un tratamiento primario, se confirma por laboratorio.
~~Retratamiento estandarizado: Comprende la administración de medicamentos de segunda línea durante 18 o más meses de tratamiento. Estos pacientes fueron fracasos del tratamiento primario y requieren evaluación del Comité Estatal de Farmacorresistencia (COEFAR).~~

Control de citas sin cambios

SIS 2015

EGRESO: Fecha CAUSA: Curación Fracaso Traslado Abandono Defunción por TB Otro

EGRESO

Fecha: Anote la fecha (día-mes-año) en que el paciente egresa del programa.

Causa: Marque con "X" el recuadro que corresponda al motivo de egreso.

Curación: Cuando el enfermo termina su tratamiento y tiene baciloscopia negativa.

Fracaso: Paciente en quien persisten bacilos en la expectoración, o en otros especímenes al término de tratamiento confirmada por cultivo, o a quien después de un periodo de negativización, tiene baciloscopia confirmada por cultivo.

Traslado: Cuando se envía al paciente a otra unidad para tratamiento y control.

Abandono: Inasistencia continua del paciente después de 30 días para esquema supervisado.

Defunción: Por tuberculosis, cuando la causa básica de la defunción haya sido tuberculosis.

Otro: cuando la causa básica de la defunción haya sido distinta a tuberculosis.

SIS 2016

EGRESO DE CONTROL

Fecha CAUSA: Curación Término de tratamiento Fracaso Traslado Abandono Defunción por Tb Defunción por otra causa

EGRESO DE CONTROL

Fecha: Anote la fecha (día, mes y año) en que el paciente egresa del programa.

Causa: Marque con "X" el recuadro que corresponda al motivo de egreso.

- ✓ Curación: Cuando el enfermo termina su tratamiento y tiene baciloscopia negativa en los dos últimos meses de tratamiento o cultivo negativo al final del tratamiento.
- ✓ Término de tratamiento: Cuando el enfermo ha completado el esquema de tratamiento, han desaparecido los signos clínicos y no se realizó baciloscopia o cultivo al finalizar el tratamiento.
- ✓ Fracaso: Paciente en quien persisten bacilos en la expectoración, o en otros especímenes al término de tratamiento confirmado por cultivo, o a quién después de un periodo de negativización, tiene baciloscopia confirmada por cultivo.
- ✓ Traslado: Cuando se envía al paciente a otra unidad para tratamiento y control.
- ✓ Abandono: Inasistencia continua del paciente después de 30 días para esquema supervisado.
- ✓ Defunción por tuberculosis: Cuando la causa básica de la defunción haya sido tuberculosis.
- ✓ Defunción por otra causa: Cuando la causa básica de la defunción haya sido distinta a tuberculosis.

SIS 2015

EXAMEN DE CONTACTOS														
NOMBRE	EDAD	SEXO	CICATRIZ BCG	SÍNTOMAS	EXAMEN DE RESULTADOS					DIAGNÓSTICO			ACCIONES	
					BACTERIOLÓGICOS	RAYOS X	PPD		HISTORIA CLÍNICA	PRIMO INFECCIÓN	T B	NO T B	QUIMIO-PROFILAXIS	TRATAMIENTO
							FECHA APLICACIÓN	LECTURA mm						

SIS 2016

EXAMEN DE CONTACTOS														
NOMBRE	EDAD	SEXO	CICATRIZ BCG	SÍNTOMAS	EXAMEN DE RESULTADOS					DIAGNÓSTICO			ACCIONES	
					BACTERIOLÓGICOS	RAYOS X	PPD		ENFERMEDADES ASOCIADAS*	PRIMO-INFECCIÓN	Tb	NO Tb	QUIMIO-PROFILAXIS	TRATAMIENTO
							FECHA APLICACIÓN	FECHA DE LECTURA						

* 1.VIH/SIDA, 2.Alcoholismo, 3.Diabetes, 4.Desnutrición, 5.Cirrosis hepática, 6.Neoplasias, 7.Insuficiencia cardiaca, 8.EPOC, 9.Edema Agudo Pulmonar, 10.Otras

SIS 2015

EXAMEN DE CONTACTOS

Nombre: Anote el nombre completo de todas las personas que conviven con el enfermo.

Edad y sexo: Anote la edad y el sexo en la columna correspondiente.

Cicatriz BCG: Indique en este espacio cuando se encuentre cicatriz postvacunal en el hombro de cada uno de los contactos menores de 15 años.

Síntomas: Indique en este espacio los síntomas en cada uno de los contactos, de acuerdo a las siguientes indicaciones:

Menores de 15 años: Tos, expectoración, fiebre, anorexia, astenia, adinamia entre otros.

De 15 años y más: Tos y expectoración.

Examen de resultados

Bacteriológicos: Anote la fecha, así como el resultado del examen bacteriológico practicado al contacto.

Rayos X: Anote la fecha. Cuando haya presencia de cavernas, anote además "SI".

PPD fecha de aplicación: Anote la fecha de aplicación.

PPD lectura mm.: Anote en milímetros, las dimensiones de la reacción, 72 horas después de la aplicación del PPD.

Historia clínica: Marque con "X" este espacio cuando se haya elaborado historia clínica al contacto.

SIS 2016

EXAMEN DE CONTACTOS

Nombre: Anote el nombre completo de todas las personas que conviven con el enfermo (**contactos declarados**).

Edad y sexo: Anote la edad y el sexo en la columna correspondiente.

Cicatriz BCG: Indique en este espacio cuando se encuentre cicatriz postvacunal en el hombro de cada uno de los contactos menores de 15 años.

Síntomas: Indique en este espacio los síntomas en cada uno de los contactos, de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- ✓ Menores de 15 años: Tos **con o sin** expectoración **durante dos o más semanas**, fiebre, anorexia, astenia, adinamia entre otros.
- ✓ De 15 años y más: Tos **con** expectoración **o hemoptisis, de dos o más semanas de evolución**.

Examen de resultados

Bacteriológicos: Anote la fecha, así como el resultado del examen bacteriológico practicado al contacto.

Rayos X: Anote la fecha. Cuando haya presencia de cavernas, anote además "SI".

PPD fecha de aplicación: Anote la fecha de aplicación (**día, mes y año**).

PPD fecha de lectura: Anote la fecha de lectura (**día, mes y año**).

PPD lectura mm.: Anote en milímetros, las dimensiones de la reacción, 72 horas después de la aplicación del PPD.

Historia clínica: Marque con "X" este espacio cuando se haya elaborado historia clínica al contacto.

Enfermedades Asociadas: 1. VIH/SIDA, 2. Alcoholismo, 3. Diabetes, 4. Desnutrición, 5. Cirrosis hepática, 6. Neoplasias, 7. Insuficiencia Cardíaca, 8. EPOC, 9. Edema Agudo Pulmonar, 10. Otras. Se puede registrar más de una si es el caso.

**TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL
DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

SIS-SS-EC-P

2015/2016

**TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL
DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

SIS-SS-EC-P

2015

**TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL
DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

SIS-SS-EC-P

2016

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS SIS-SS-EC-P 2016 ANVERSO

CLUES		NOMBRE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN	ENTIDAD	
TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS SIS-SS-EC-P							
DATOS DE IDENTIFICACIÓN				ANTECEDENTES			
SPSS: <input type="checkbox"/>	AFILIACIÓN SPSS		ENTIDAD DE NACIMIENTO *	FAMILIARES*:			
FECHA DE NACIMIENTO *	EDAD	EXPEDIENTE	ENF. CARDIOVASCULAR				
NOMBRE (S) *	APELLIDOS: PATERNO *		HTA				
MATERO * <input type="checkbox"/>	SEXO: * MUJER <input type="checkbox"/>	HOMBRE <input type="checkbox"/>	DIABETES				
CURP	DECLARA PERTENECER A UN PUEBLO INDÍGENA SI <input type="checkbox"/>		DISLIPIDEMIAS				
DOMICILIO PRIMARIO *			OBESIDAD				
OTRO DOMICILIO			ENF. CEREBROVASCULAR				
NUEVO DOMICILIO			PERSONALES:				
TELÉFONO: FIJO	CELULAR		ENF. CEREBROVASCULAR <input type="checkbox"/>				
CORREO ELECTRÓNICO:			ENF. CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/>				
			SEDENTARISMO <input type="checkbox"/>				
			SOBREPESO <input type="checkbox"/>				
			TABAQUISMO <input type="checkbox"/>				
			VIH <input type="checkbox"/>				
			TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/>				
			POST MENOPAUSIA <input type="checkbox"/>				
			TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL <input type="checkbox"/>				
INICIO DE TRATAMIENTO *						Captura SIC	
INGRESO <input type="checkbox"/>		FECHA		REINGRESO <input type="checkbox"/>		FECHA	
DATOS BASEALES DE LOS DIAGNÓSTICOS							
1. DIABETES MELLITUS			Captura SIC	2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL			Captura SIC
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DIABETES			TIPO: 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		AÑO DE DX	AÑO DE DX
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/>			POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>			PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>			TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>			TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BASEALES: GLUCEMIA (mg/dl) EN AYUNO			REVISIÓN DE PIES <input type="checkbox"/>	FONDO DE OJO <input type="checkbox"/>		PRESIÓN ARTERIAL: SISTÓLICA	DIASTÓLICA
HbA1c %							
3. OBESIDAD			Captura SIC	4. DISLIPIDEMIAS			Captura SIC
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR OBESIDAD			AÑO DE DX	FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DISLIPIDEMIAS			AÑO DE DX
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/>			POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>			PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>			TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>			TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BASEALES: PESO (kg)			IMC	COLESTEROL: TOTAL			LDL
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA				TRIGLICÉRIDOS			HDL
5. SÍNDROME METABÓLICO			VISITAS DOMICILIARIAS				
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR SÍNDROME METABÓLICO			FECHA DE VISITA	RESULTADO	OBSERVACIONES		Captura SIC <input type="checkbox"/>
							Captura SIC <input type="checkbox"/>
							Captura SIC <input type="checkbox"/>
AÑO DE DIAGNÓSTICO							Captura SIC <input type="checkbox"/>
							Captura SIC <input type="checkbox"/>
RESULTADO: 1.Nueva cita, 2.No se encontró se deja mensaje, 3.Cambio de domicilio, 4.Rechazo al tratamiento, 5.Perdido, 6.Defunción.							

**TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL
DE BRUCELOSIS**

SIS-SS-26-P

2016



CLUES

NOMBRE DE LA UNIDAD

LOCALIDAD

MUNICIPIO

JURISDICCIÓN

ENTIDAD

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

EXPEDIENTE _____

NOMBRE _____

CURP _____

EDAD _____ SEXO _____

OCUPACIÓN _____

DOMICILIO _____

FECHA DE ELABORACIÓN DE LA TARJETA:

____/____/____

Día Mes Año

DIAGNÓSTICO

IDENTIFICADO EN:

SÓLO CONSULTA EXTERNA

CONSULTA EXTERNA CON AUXILIO DE ROSA DE BENGALA POSITIVO

CONTACTO DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

ESTUDIO DE LABORATORIO Y FECHA DE RESULTADO:

Ag-RB FECHA: ____/____/____

SAT y 2 ME FECHA: ____/____/____

OTRO Ag FECHA: ____/____/____

CULTIVO FECHA: ____/____/____

CURSO DE LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE

PRIMERA VEZ

RECAÍDA

REINGRESO (ABANDONÓ EL TX)

TRATAMIENTO FECHA DE INICIO: ____/____/____

PRIMARIO RETRATAMIENTO

ESQUEMA mg. Dosisx día Días

A) TETRACICLINA ESTREPTOMICINA

B) T M S X RIFAMPICINA

C) RIFAMPICINA DOXICICLINA

1) CIPROFLOXACINO RIFAMPICINA

2) LEVOFLOXACINO RIFAMPICINA

CONTROL

MES	DÍA	Marque a lápiz con una X la fecha de cita, al recibir el enfermo los medicamentos el personal que los proporcione deberá borrar la marca y anotar con tinta las iniciales de su nombre														OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

1a. EVALUACIÓN
(30 días después de completar tratamiento)

FECHA: ____/____/____		RESULTADOS	
DATOS CLÍNICOS		REPORTE DE LABORATORIO (Anotar diluciones)	
		SAT	2 ME

2a. EVALUACIÓN
(90 días después de completar tratamiento)

FECHA: ____/____/____		RESULTADOS	
DATOS CLÍNICOS		REPORTE DE LABORATORIO (Anotar diluciones)	
		SAT	2 ME

3a. EVALUACIÓN
(180 días después de completar tratamiento)

FECHA: ____/____/____		RESULTADOS	
DATOS CLÍNICOS		REPORTE DE LABORATORIO (Anotar diluciones)	
		SAT	2 ME



TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE BRUCELOSIS

EGRESO DE PACIENTE			
CURACIÓN	<input type="checkbox"/>	DEFUNCIÓN POR BRUCELOSIS	<input type="checkbox"/>
TRASLADO	<input type="checkbox"/>	DEFUNCIÓN POR OTRA CAUSA	<input type="checkbox"/>
ABANDONO	<input type="checkbox"/>	OTRA _____	
		FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(ESPECIFIQUE)
		DÍA MES AÑO	

VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS QUE SE IDENTIFICAN EN EL PACIENTE

FUENTE DE INFECCIÓN IDENTIFICADA:	
CONSUMO DE LECHE CRUDA O BRONCA Y/O CONSUMO DE LACTICINIOS (QUESO, CREMA, ETC.)	<input type="checkbox"/>
CONTACTO Y CONVIVENCIA CON EL CUIDADO DE ANIMALES (VACAS, CABRAS, BORREGOS)	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES
_____ _____ _____

PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL ENFERMO

NOMBRE	EDAD	SEXO	SÍNTOMAS		PRUEBA Ag-RB	
			SI	NO	POSITIVA	NEGATIVA



EGRESO DE PACIENTE

ALTA SANITARIA

DEFUNCIÓN POR BRUCELOSIS

REFERIDO A OTRA UNIDAD

DEFUNCIÓN POR OTRA CAUSA

ABANDONO

OTRA: _____

(Especifique)

FECHA: ___/___/___
Día Mes Año

VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS QUE SE IDENTIFICAN EN EL PACIENTE

FUENTE DE INFECCIÓN IDENTIFICADA:

CONSUMO DE LECHE CRUDA O BRONCA
Y/O CONSUMO DE LACTICINIOS
(QUESO, CREMA, ETC.)

CONTACTO Y CONVIVENCIA CON EL CUIDADO
DE ANIMALES (VACAS, CABRAS, BORREGOS)

OBSERVACIONES

PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL ENFERMO

NOMBRE	EDAD	SEXO	SÍNTOMAS		RESULTADO Ag-RB	
			SI	NO	POSITIVA	NEGATIVA

SIS 2015

DIAGNÓSTICO			
IDENTIFICADO EN:		CURSO DE LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE	
<input checked="" type="checkbox"/> SÓLO CONSULTA EXTERNA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> PRIMERA VEZ	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA CON AUXILIO DE ROSA DE BENGALA POSITIVO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> RECAÍDA	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> CONTACTO DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> REINGRESO (ABANDONO DEL TRATAMIENTO)	<input type="checkbox"/>
ESTUDIO DE LABORATORIO Y FECHA DE RESULTADO:			
Ag-RB	<input type="checkbox"/>	FECHA:	____/____/____
SAT y 2 ME	<input type="checkbox"/>	FECHA:	____/____/____
OTRO Ag	<input type="checkbox"/>	FECHA:	____/____/____
CULTIVO	<input type="checkbox"/>	FECHA:	____/____/____

Identificado en: (Estas tres opciones son excluyentes)

Consulta externa: cuando el paciente acude a solicitar atención médica

Consulta externa con auxilio de Rosa de Bengala positivo: corresponde a la presencia de signos y síntomas sugestivos de brucelosis en el paciente más apoyo de exámenes de laboratorio.
Contacto de estudio epidemiológico: cuando el paciente convive con un enfermo de brucelosis y presenta signos y síntomas de la enfermedad.

Curso de la enfermedad en el paciente:

Primera vez: cuando acude a la consulta externa por presentar signos y síntomas de la enfermedad y hasta ese momento no se le ha indicado el tratamiento específico.
Recaída: enfermo de brucelosis con tratamiento cuyas titulaciones (SAT y 2 ME) van en descenso y posteriormente éstas se elevan y reaparecen los signos y síntomas.
Reingreso: enfermo de brucelosis que abandonó el tratamiento y acude a solicitar nuevamente la atención médica.

Estudio de laboratorio y fecha de resultado:

Ag. Rosa de Bengala: prueba de tamizaje realizada al enfermo que presenta signos y síntomas sugestivos de brucelosis con resultado positivo.

SAT y 2 ME: pruebas confirmatorias para brucelosis en el enfermo, son simultáneas al tratamiento.

Otro Ag: queda abierta la respuesta en caso de existir otra opción diagnóstica.

Cultivo: corresponde a estudio complementario para aislamiento de la bacteria y su tipificación.

SIS 2016

DATOS DEL DIAGNÓSTICO			
IDENTIFICADO EN: <input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA CON AUXILIO DE ROSA			
DE BENGALA POSITIVO PRIMERA VEZ:		<input type="checkbox"/>	FECHA: ____/____/____
CONFIRMADO SAT y 2-ME SUBSECUENTE:		<input type="checkbox"/>	FECHA: ____/____/____
ESTUDIO DE LABORATORIO Y FECHA DE RESULTADO:			
Ag-RB	<input type="checkbox"/>	FECHA: ____/____/____	OTRO Ag <input type="checkbox"/>
SAT y 2-ME	<input type="checkbox"/>	FECHA: ____/____/____	CULTIVO <input type="checkbox"/>
			FECHA: ____/____/____

Identificado en: (Estas dos opciones son excluyentes)

- ✓ **Consulta Externa con Auxilio de Rosa de bengala positivo, primera vez:** corresponde a la presencia de signos y síntomas sugestivos de brucelosis en el paciente y/o asociación epidemiológica local más el apoyo del examen de laboratorio con rosa de bengala positivo.
- ✓ **Confirmado por SAT y 2-ME, Subsecuente:** corresponde a la muestra que fue enviada para confirmar el diagnóstico por laboratorio y su resultado es positivo de acuerdo a las titulaciones como se define en la Guía de diagnóstico y tratamiento. Anote la fecha iniciando con día, mes y año con números arábigos.

Estudios de laboratorio y fechas de resultado

Anote "X" el o los estudios que le fueron practicados y enseguida la fecha iniciando con día, mes y año con números arábigos en que se emitió el resultado.

TRATAMIENTO FECHA DE INICIO: / /

~~PRIMARIO~~ ~~RETRATAMIENTO~~

ESQUEMA	mg.	Dosisx día	Días
A) TETRACICLINA			
ESTREPTOMICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) T M S X			
RIFAMPICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) RIFAMPICINA			
DOXICICLINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) CIPROFLOXACINO			
RIFAMPICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) LEVOFLOXACINO			
RIFAMPICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SIS-SS-26-P

SIS 2015

TRATAMIENTO: Es la medicación que se indica en el paciente con brucelosis basada en la NOM-022-SSA2-1994 vigente, según los siguientes esquemas:

Fecha de inicio: Anote el día, mes y año en el que el paciente recibe la primera dosis del tratamiento elegido.

~~Primario: Corresponde a la primera vez que le es indicado el tratamiento al paciente con brucelosis.~~

~~Retratamiento: Corresponde a la indicación de un tratamiento adicional al primario.~~

Esquema: Se refiere a los medicamentos seleccionados por el médico según la NOM (cualquiera de las cinco opciones) en que se precisará la dosis (de acuerdo a su edad) y que considera los miligramos, las veces al día por tomarse y el número de días que durará el tratamiento.

TRATAMIENTO FECHA DE INICIO: / /

MINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO FECHA: / /

ESQUEMA	Dosisx día	Días
A) TETRACICLINA + ESTREPTOMICINA		21
B) RIFAMPICINA + T M S X		21
C) RIFAMPICINA + DOXICICLINA		42
ALTERNATIVO		
1) CIPROFLOXACINO + RIFAMPICINA		45
2) LEVOFLOXACINO + RIFAMPICINA		45

SIS 2016

Esquemas sin cambios

TRATAMIENTO

Es la medicación que se indica al caso probable (rosa de bengala positivo, presencia de signos y síntomas sugestivos de brucelosis, y/o asociación epidemiológica local).

- ✓ Fecha de inicio: Anote el día, mes y año con números arábigos en el que se instruye de inicio el tratamiento.
- ✓ Fecha de ministración de tratamiento: Anote día, mes y año con números arábigos en el que se ministra el tratamiento.
- ✓ Esquema: Se refiere a los medicamentos seleccionados por el médico acorde a la NOM-022-SSA2-2012 vigente, a los casos probables (rosa de bengala positivo presencia de signos y síntomas sugestivos de brucelosis y/o asociación epidemiológica local). Indicando la dosis correspondiente de acuerdo a los días establecidos.



SIS 2015

SIS-SS-26-P

1a. EVALUACIÓN (30 días después de completar tratamiento)		
FECHA: [][]/[][]/[][][][]		
RESULTADOS		
DATOS CLÍNICOS	REPORTE DE LABORATORIO (Anotar diluciones)	
	S A T	2 ME

2a. EVALUACIÓN (90 días después de completar tratamiento)		
FECHA: [][]/[][]/[][][][]		
RESULTADOS		
DATOS CLÍNICOS	REPORTE DE LABORATORIO (Anotar diluciones)	
	S A T	2 ME

3a. EVALUACIÓN (180 días después de completar tratamiento)		
FECHA: [][]/[][]/[][][][]		
RESULTADOS		
DATOS CLÍNICOS	REPORTE DE LABORATORIO (Anotar diluciones)	
	S A T	2 ME

SIS 2016

Control sin cambios

CONTROL																		
MES	DÍA	Marque a lápiz la fecha de cita con una X, al acudir el enfermo a la cita, el personal que administre los medicamentos deberá borrar la marca y anotar ahí las iniciales de su nombre														OBSERVACIONES		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16

1a. EVALUACIÓN (30 días después de terminar el tratamiento)		
FECHA: ____/____/____		
RESULTADOS		
DATOS CLÍNICOS	REPORTE DE LABORATORIO (Anotar titulaciones)	
	SAT	2-ME

2a. EVALUACIÓN (90 días después de terminar el tratamiento)		
FECHA: ____/____/____		
RESULTADOS		
DATOS CLÍNICOS	REPORTE DE LABORATORIO (Anotar titulaciones)	
	SAT	2-ME

3a. EVALUACIÓN (180 días después de terminar el tratamiento)		
FECHA: ____/____/____		
RESULTADOS		
DATOS CLÍNICOS	REPORTE DE LABORATORIO (Anotar titulaciones)	
	SAT	2-ME

En reporte de laboratorio cambio de diluciones a titulaciones

EGRESO DE PACIENTE	
<input checked="" type="checkbox"/> CURACIÓN	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> TRASLADO	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ABANDONO	<input type="checkbox"/>
	DEFUNCIÓN POR BRUCELOSIS <input type="checkbox"/>
	DEFUNCIÓN POR OTRA CAUSA <input type="checkbox"/>
	OTRA _____ (ESPECIFIQUE)
	FECHA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DÍA MES AÑO

SIS 2015

EGRESO DEL PACIENTE: Se presenta cuando ocurre cualquiera de las siguientes causas y su tarjeta sale del tarjetero para ser incorporada a su expediente:

Causa: Marque con una "X" la opción según corresponda:

~~*Curación: Cuando el enfermo termina su tratamiento ya sea primario o retratamiento y registra títulos de anticuerpos negativos en los estudios serológicos de evaluación.~~

~~*Traslado: Cuando se envía al paciente para tratamiento y control a otra unidad.~~

*Abandono: Inasistencia del paciente por no lograr dos citas consecutivas a la evaluación.

*Defunción: Seleccionar cualquiera de las dos opciones como causa básica: por brucelosis o por otra y especifique.

Fecha: Anote la fecha (día, mes, año) en que el paciente deja de formar parte del programa.

EGRESO DE PACIENTE	
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA SANITARIA	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> REFERIDO A OTRA UNIDAD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ABANDONO	<input type="checkbox"/>
	DEFUNCIÓN POR BRUCELOSIS <input type="checkbox"/>
	DEFUNCIÓN POR OTRA CAUSA <input type="checkbox"/>
	OTRA: _____ (Especifique) <input type="checkbox"/>
	FECHA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Día Mes Año

SIS 2016

EGRESO DEL PACIENTE

Se presenta cuando ocurre cualquiera de las siguientes causas, por tanto la tarjeta sale del tarjetero para ser incorporada a su expediente.

- ✓ Causa: Marque con una "X" la opción según corresponda.
- ✓ Alta sanitaria: Cuando el enfermo termina su tratamiento ya sea primario o retratamiento y registra títulos negativos y asintomáticos.
- ✓ Referido a otra unidad: Cuando se envía paciente para tratamiento y control a otra unidad.
- ✓ Abandono: Inasistencia del paciente por no lograr dos citas consecutivas en su evaluación.
- ✓ Fecha de egreso: escribir con número arábigo comenzando con día, mes y año la fecha de acuerdo al motivo de su egreso que se seleccionó.
- ✓ Defunción: Seleccionar cualquiera de las dos opciones como causa básica: por brucelosis o por cualquier otra especificar.

VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS QUE SE IDENTIFICAN EN EL PACIENTE

FUENTE DE INFECCIÓN IDENTIFICADA:

CONSUMO DE LECHE CRUDA O BRONCA
Y/O CONSUMO DE LACTICINIOS
(QUESO, CREMA, ETC.)

CONTACTO Y CONVIVENCIA CON EL CUIDADO
DE ANIMALES (VACAS, CABRAS, BORREGOS)

SIS 2015

VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS QUE SE IDENTIFICAN EN EL PACIENTE

FUENTE DE INFECCIÓN IDENTIFICADA: Seleccionar con "X" aquella referida en el interrogatorio de las siguientes opciones:

Consumo de leche cruda o bronca y/o lacticinios (queso, crema, etc.): Se refiere a los elaborados a partir de leche sin pasteurizar.

Contacto y convivencia con el cuidado de animales principalmente con vacas, cabras y borregos.

Cambio en la
instrucción

VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS QUE SE IDENTIFICAN EN EL PACIENTE

FUENTE DE INFECCIÓN IDENTIFICADA:

CONSUMO DE LECHE CRUDA O BRONCA
Y/O CONSUMO DE LACTICINIOS
(QUESO, CREMA, ETC.)

CONTACTO Y CONVIVENCIA CON EL CUIDADO
DE ANIMALES (VACAS, CABRAS, BORREGOS)

SIS 2016

VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS QUE SE IDENTIFICAN EN EL PACIENTE

Fuente de infección identificada: De las siguientes opciones, marque con una "X" aquella referida en el **interrogatorio de los pacientes que cuenten con prueba de Rosa de Bengala positiva.**

- ✓ Consumo de leche cruda o bronca y/o lacticinios (queso, crema, etc.) se refiere a los elaborados a partir de leche sin pasteurizar.
- ✓ Contacto y convivencia con el cuidado de animales principalmente con vacas, cabras y borregos.

Personas que
conviven con el
enfermo sin
cambios

**TARJETA DE REGISTRO E
IDENTIFICACIÓN DEL CASO DE
TAENIASIS/CISTICERCOSIS**

SIS-SS-37-P

2016

SIS 2015

VI. CONTROL		FECHA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
EFFECTO DEL ANTIPARASITARIO MINISTRADO (90 DÍAS POS-TRATAMIENTO)		<small>Día Mes Año</small>
ENFERMO DESPARASITADO	CONTACTOS	
CURAN (AUSENCIA DEL PARÁSITO):	CURAN (AUSENCIA DEL PARÁSITO):	
EVIDENCIAS CLÍNICAS <input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS CLÍNICAS <input type="checkbox"/>	
CONFIRMACIÓN DE LABORATORIO <input type="checkbox"/>	CONFIRMACIÓN DE LABORATORIO <input type="checkbox"/>	
RECIBEN RETRATAMIENTO <input type="checkbox"/>	RECIBEN RETRATAMIENTO <input type="checkbox"/>	
REACCIONA COMO PROBABLE CISTICERCOSIS <input type="checkbox"/>	REACCIONA COMO PROBABLE CISTICERCOSIS <input type="checkbox"/>	

SIS-2015

VI. CONTROL: EFECTO DEL ANTIPARASITARIO MINISTRADO

Anote con "X" según corresponda el efecto causado por la ministración del antiparasitario.

Fecha: Anote con números arábigos la fecha en que se registra el control del enfermo desparasitado **y de los contactos**.

Enfermo desparasitado, contactos:

Curan (Ausencia de parásito):

Evidencias clínicas: Se considera que el tratamiento fue efectivo y se confirma por la ausencia de signos y síntomas.

Confirmación de laboratorio: Por estudios de laboratorio que indican la ausencia de huevos de Taenia.

Reciben tratamiento: Se indica nuevo tratamiento por continuar signos y síntomas o bien por la presencia de huevos en materia fecal.

Reacciona como probable cisticercosis: El caso sometido a tratamiento con praziquantel presentó cefalea continua por más de 48 hrs.

SIS 2016

V. CONTROL	
EFFECTO DEL ANTIPARASITARIO MINISTRADO (90 DÍAS POS-TRATAMIENTO)	FECHA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ENFERMO DESPARASITADO	<small>Día Mes Año</small>
ALTA SANITARIA (AUSENCIA DEL PARÁSITO):	
EVIDENCIAS CLÍNICAS <input type="checkbox"/>	
CONFIRMACIÓN DE LABORATORIO <input type="checkbox"/>	
RECIBEN RETRATAMIENTO <input type="checkbox"/>	
REACCIONA COMO PROBABLE CISTICERCOSIS <input type="checkbox"/>	

SIS-2016

V. CONTROL

Anote con "X" según corresponda el efecto causado por la ministración del antiparasitario.

Fecha: Anote con números arábigos la fecha en que se registra el control del enfermo desparasitado.

Enfermo desparasitado:

✓ Alta sanitaria (ausencia del parásito):

- Evidencias clínicas. Se considera que el tratamiento fue efectivo y se confirma por la ausencia de signos y síntomas.
- Confirmación de laboratorio. Por estudios de laboratorio que indican la ausencia de huevos de Taenia.

✓ Reciben retratamiento. Se indica nuevo tratamiento por continuar signos y síntomas o bien por la presencia de huevos en materia fecal.

✓ Reacciona como probable cisticercosis. El caso sometido a tratamiento con praziquantel presentó cefalea continua por más de 48 hrs.

**TARJETA DE CONTROL DE LA MUJER
EMBARAZADA Y EN LACTANCIA**

SIS-SS-38-P

2016

DETECCIÓN DE VIH EN LA EMBARAZADA						
TIPO	FECHA DE TOMA	TRIMESTRE			FECHA DE RESULTADO	RESULTADO
1A VEZ	__/__/____	1	2	3	__/__/____	
SUBSECUENTE	__/__/____	1	2	3	__/__/____	
SUBSECUENTE	__/__/____	1	2	3	__/__/____	

DETECCIÓN DE VIH EN LA EMBARAZADA

Deberá realizarse a toda mujer embarazada que acude a los servicios de salud, preferentemente durante primer (o en el momento que llegue a control prenatal) y último trimestre del embarazo, puede realizarse a través de pruebas rápidas o de laboratorio, identifique si la prueba corresponde a la primera vez que se realiza o es subsecuente, posteriormente anote la fecha de la toma, indique el trimestre en el que se realizó y marque con una "X", anote la fecha de la entrega del resultado y el resultado de la prueba ya sea positivo o negativo.

**TARJETA DE CONTROL PERSONALIZADO DE LA DETECCIÓN DE ANEMIA
MUJERES EMBARAZADAS
PROSPERA Programa de Inclusión Social**

SIS-SS-38-Hb-PROSPERA

CLUES NOMBRE DE LA UNIDAD LOCALIDAD MUNICIPIO JURISDICCIÓN ENTIDAD

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

EXPEDIENTE: _____

EDAD: _____

NOMBRE: _____
Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)

CONTROL DE EXAMEN DE HEMOGLOBINA

Trimestre de Gestación	Fecha de Programación	Fecha de Realización	Resultado	Referida	Observaciones
Primero					
Segundo					
Tercero					

SIS-2015

SIS 2015

Se elimina la Tarjeta de Control Personalizado de la Detección de Anemia Mujeres Embarazadas SIS-SS-38-Hb-PROSPERA y se integra a la SIS-SS-38-P

SIS 2016

CONTROL PERSONALIZADO DE LA DETECCIÓN DE ANEMIA EN MUJERES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA					
TRIMESTRE DE GESTACIÓN	FECHA DE PROGRAMACIÓN	FECHA DE REALIZACIÓN	RESULTADO	REFERIDA	OBSERVACIONES
PRIMERO __					
SEGUNDO __					
TERCERO __					
ENFERMEDADES PRESENTES:				BAJA: MOTIVO Y FECHA	

SIS 2016

CONTROL PERSONALIZADO DE LA DETECCIÓN DE ANEMIA MUJERES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA

Tienen como finalidad el diagnosticar por medio del análisis de hemoglobina, si el estado de salud que guarda la mujer embarazada es con anemia o sin anemia y **será requisitada únicamente para las embarazadas beneficiarias de PROSPERA.**

CONSIDERACIONES: El primer examen de hemoglobina se realizará a partir de que la mujer embarazada ingresa a control, (en caso de que las unidades médicas al momento de iniciar con esta nueva acción de examen de hemoglobina para la detección de anemia, ya cuenten con registro de la embarazada en control, se deberá programar su primer examen y anotar en qué trimestre de gestación se realizó).

Se programará el siguiente examen tres meses posteriores y el resultado se anotará en el trimestre de gestación al que corresponde; por el trimestre de ingreso al control de embarazo algunas mujeres tendrán tres análisis de hemoglobina y otras dos o un análisis.

Una embarazada diagnosticada como anémica, dejará de ser anémica si en el siguiente examen tiene resultado sin anemia (normal) para la hemoglobina, de la misma forma dejará de contabilizarse en el grupo de control con análisis de hemoglobina, por el desenlace del embarazo (parto o aborto) o por salida del grupo de control del embarazo.

CONTROL DE EXAMEN DE HEMOGLOBINA

- ✓ **Trimestre de Gestación:** En cada trimestre del embarazo se realizará el examen de hemoglobina, la programación y el registro dependerá de la fecha en que ingresa al control del embarazo. No olvide tachar en esta primera columna el Trimestre de gestación que cursa la paciente.
- ✓ **Fecha de programación:** Registre con lápiz y números arábigos: el día, mes y año en que se programa el examen de hemoglobina. En caso de que el examen por alguna razón no se realice en la fecha programada, podrá borrar la información o bien en el apartado de Observaciones podrá hacer su reprogramación, anotando la fecha.
- ✓ **Fecha de realización:** Anote con números arábigos: el día, mes y año en que se lleva a cabo el examen de hemoglobina. Es fuente de llenado en el *Informe Mensual de Actividades de la Unidad Médica, SIS-SS-CE-H: Exámenes de hemoglobina realizados a embarazadas por trimestre de gestación en el mes.*
- ✓ **Resultado:** Registre el resultado del análisis de hemoglobina y el diagnóstico: **con anemia o sin anemia**, basado en las tablas de valores de referencia de hemoglobina de la localidad donde reside la mujer embarazada.
- ✓ **Referida:** Anote el motivo de su referencia (nivel de hemoglobina obtenido u otros signos de alarma) para que la mujer embarazada sea enviada a una unidad de mayor complejidad para su atención.
- ✓ **Observaciones:** Podrá hacer referencia a cualquiera de los apartados que requieran de aclarar o complementar alguna anotación.

ATENCIÓN DE NACIMIENTO

EUTÓCICO **DISTÓCICO VAGINAL** **CESÁREA**

ATENDIDO:

COMPLICACIONES:

ABORTO

SIS 2015

ABORTO

ATENCIÓN DE NACIMIENTO

EUTÓCICO **DISTÓCICO VAGINAL** **CESÁREA**

ATENDIDO:

COMPLICACIONES:

SIS 2016

Se pasa ABORTO a la parte superior del apartado de Datos de la Atención obstétrica y del producto del embarazo que estuvo en control prenatal

**TARJETA PARA CONTROL DE
USUARIAS (OS) DE
ANTICONCEPTIVOS**

SIS-SS-PF-P

2016

SIS 2016

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SIS-SS-PF-P

TARJETA PARA CONTROL DE USUARIAS(OS) DE ANTICONCEPTIVOS

NOMBRE DE LA UNIDAD

CLUES

JURISDICCION SANITARIA

ENTIDAD FEDERATIVA

Este formato debe ser llenado por el médico, la enfermera o la persona designada para el manejo del tarjetero del control de usuarias(os) en el consultorio donde se otorgan los servicios de planificación familiar y anticoncepción.

IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

En el encabezado del formato registre el nombre de la unidad médica y su Clave Única de Establecimiento de Salud (*CLUES*), así como la jurisdicción sanitaria y la entidad federativa en la que está ubicada la unidad donde se presta el servicio.

SIS 2016

II. DATOS GINECOOBSTÉTRICOS

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: PARTOS CESÁREAS ABORTOS NINGUNO

TOTAL DE HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS: EDAD AL PRIMER EMBARAZO (AÑOS CUMPLIDOS): FECHA DEL ÚLTIMO EVENTO OBSTÉTRICO: ___/___/____
dd mm aaaa

¿DESEA TENER MÁS HIJOS?: SÍ NO NO SABE

II. DATOS GINECOOBSTÉTRICOS

Los datos de esta sección solo se registrarán en caso de que la tarjeta corresponda a una mujer usuaria de anticonceptivos.

- ✓ **Antecedentes obstétricos.** Anote en la casilla correspondiente el número de Partos, Cesáreas y Abortos que la mujer ha tenido en su historia de embarazos. En caso contrario, marque con una "X" el recuadro con la opción Ninguno.
- ✓ **Total de hijas e hijos nacidos vivos.** Registre el número de hijas e hijos nacidos vivos que refiere haber tenido la persona a lo largo de toda su vida reproductiva.
- ✓ **Edad al primer embarazo.** Anote en años cumplidos, la edad que tenía la mujer cuando se embarazó por primera vez, aun cuando dicho embarazo haya concluido en aborto.
- ✓ **Fecha del último evento obstétrico.** Registre con números arábigos el día, mes y año en que la mujer tuvo su último parto, aborto o cesárea. Utilice dos dígitos para el día y el mes y cuatro dígitos para el año.
- ✓ **¿Desea tener más hijos?** Marque con una "X" la opción que la usuaria declare; SÍ, NO, o NO SABE.

III. ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS

DIABETES MELLITUS: HIPERTENSIÓN ARTERIAL: SOBREPESO/OBESIDAD: CARDIOPATÍA: NEFROPATÍA: NO SABE: NINGUNA

CÁNCER DE MAMA: CÁNCER CERVICOUTERINO: OTRA: ESPECIFIQUE: _____

ANVERSO

SIS-2016

III. ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS

Conforme a la valoración del médico y/o la declaración del usuario o la usuaria, marque una "X" en la opción correspondiente a la enfermedad o a las enfermedades que le han sido diagnosticadas. Esta información es muy importante para valorar el tipo de anticonceptivo que se le prescribirá a la persona. Si la persona refiere no tener enfermedades registre Ninguna.

IV. MÉTODO ANTICONCEPTIVO

PRIMER MÉTODO: _____

FECHA DE INICIO: / / aaaa
 dd mm aaaa

SEGUNDO MÉTODO: _____

FECHA DE INICIO: / / aaaa
 dd mm aaaa

TERCER MÉTODO: _____

FECHA DE INICIO: / / aaaa
 dd mm aaaa

- (C) Método anticonceptivo:**
- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| 0 Ninguno | 9 Parche dérmico |
| 1 Hormonal oral | 10 OTB |
| 2 Inyectable mensual | 11 Vasectomía |
| 3 Inyectable bimestral | 12 Otro |
| 4 Implante subdérmico | |
| 5 Dispositivo Intrauterino (DIU) | Especifique: _____ |
| 6 Preservativo femenino | |
| 7 Preservativo masculino | |
| 8 DIU medicado | |

IV. MÉTODO ANTICONCEPTIVO

En este apartado se debe registrar la información correspondiente a los tres primeros métodos anticonceptivos que utilice la persona, anote la fecha en que se inicia el uso de este (día, mes y año), lo cual permitirá orientar el tipo de información y de atención que se le proporcione en consultas subsecuentes, así como facilitar la ubicación de la tarjeta en la sección correspondiente del tarjetero de control de usuarios. En caso de asignar dos métodos a la vez, dé prioridad al de mayor efectividad.

SIS 2016

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

Dra. Lidia Gabriela Estrada Glz.

: **gabriela.estrada@salud.gob.mx**