



Gobierno del Estado Plurinacional de

BOLIVIA

Ministerio de Salud

INSTRUCTIVO **MS/DPCH/IN/44/2020**

A LOS SEÑORES DIRECTORES DE LOS SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD, JEFES DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA, RESPONSABLES DEL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SNIS-VE), COORDINADORES DEPARTAMENTALES DE LABORATORIOS, DIRECTORES DE LABORATORIOS DE REFERENCIA NACIONAL, RESPONSABLES DE LABORATORIOS HABILITADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE COVID-19 PÚBLICOS Y PRIVADOS, COORDINADORES DE REDES DE SALUD, DIRECTORES DE TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y A TODO EL PERSONAL DE SALUD PERTENECIENTE A TODOS LOS SUBSISTEMAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y AL PERSONAL DE SALUD EN GENERAL

La Ministra de Salud, Dra. María Eidy Roca de Sangüeza, **instruye** dar cumplimiento de forma obligatoria a la Resolución Ministerial No. 0245 de 4 de mayo de 2020, misma que a través de su artículo segundo resuelve:

“Autorizar la implementación y aplicación del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica (SIVE), para centralizar la información de **casos sospechosos y confirmados de COVID-19 a nivel nacional**, en todos los niveles de gestión de información, así como los laboratorios del Sistema Público y Privado de Salud, reconocidas por el Ministerio de Salud”.

En este mismo sentido, se instruye dar aplicación a lo siguiente:

1. El personal de salud debe llenar de forma clara, adecuada y completa la ficha epidemiológica de COVID-19, misma que fue actualizada de acuerdo a requerimientos de información y que se encuentra publicada en la página web del SNIS-VE, cuya copia se adjunta al presente.
2. La notificación de casos sospechosos puede realizarse de forma directa en el sistema SIVE, de donde se podrá imprimir la ficha, una vez registrado el caso (en la cantidad de ejemplares que se requiera).
3. Las fichas que se llenen físicamente deben ser digitalizadas en el menor tiempo posible en el sistema SIVE, dando cumplimiento a la notificación obligatoria e inmediata de los casos sospechosos. Asimismo, este registro es requisito para el procesamiento de muestras por los laboratorios autorizados.
4. Los laboratorios de referencia nacional y departamental deben exigir como requisito para el procesamiento de muestras la constancia del registro respectivo del caso en el sistema SIVE, solicitando ya sea las planillas que se exportan del sistema o las fichas digitales que se imprimen de cada caso. El mismo procedimiento debe cumplirse para las muestras de control de casos positivos en seguimiento.
5. Por tratarse de una enfermedad de notificación obligatoria y bajo vigilancia, los laboratorios privados autorizados para el procesamiento de muestras para COVID-19 deben registrar en el sistema SIVE los casos que sean captados a través de esta instancia, ya sea coordinando con los establecimientos que les remitan muestras o de manera directa.





Gobierno del Estado Plurinacional de

BOLIVIA

Ministerio de Salud

6. De la misma forma, los establecimientos y laboratorios pertenecientes a los Seguros de Salud de Corto Plazo deben dar cumplimiento a lo anteriormente descrito, tanto al registro de casos en el sistema SIVE, como al reporte de resultados por sus laboratorios habilitados.
7. Los Servicios Departamentales de Salud son las instancias rectoras a nivel departamental, encargadas para el seguimiento y el cumplimiento al presente instructivo, por todos los establecimientos del sistema de salud.

El incumplimiento al presente instructivo será sancionado de acuerdo a norma vigente.

La Paz, 28 de julio de 2020



FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

COVID-19

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento de Salud : Cód. Estab. : Red de Salud :
 Departamento : Municipio : Fecha de Notificación :/...../..... Sem Epidem :
 Caso identificado por búsqueda activa : No Si

2. IDENTIFICACIÓN DEL CASO/PACIENTE

Nombre(s) y Apellido(s) : Sexo: F M
 Identificación Étnica : N° Carnet de Identidad /Pasaporte : Fecha de Nacimiento : / / Edad:.....
 Lugar de residencia ; Departamento : Municipio : País :
 Calle : Zona : N° : Teléfono :
 Si es menor de edad Nombre del padre/madre o apoderado : Teléfono :

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación: Personal de Salud Personal de Laboratorio Trabajador Prensa FF.AA. Policía Otro :
 Antecedente de vacunación para influenza NO SI Fecha : / /
 ¿Tuvo un viaje a un lugar de riesgo dentro o fuera del país ? NO SI
 ¿Dónde (país y ciudad)? : Fecha de retorno de viaje :/...../..... Hora ____ : ____
 Empresa : N° vuelo: N° asiento:.....
 ¿Tuvo contacto con un caso confirmado de COVID-19 en los 14 días previos al inicio de síntomas, en domicilio o establecimiento de salud
 NO SI Fecha de contacto :/...../.....

Nombre(s) y Apellido(s) (del caso positivo) :Teléfono del (caso positivo) :
 Lugar de contacto con el caso positivo :
 País : Departamento/Estado : Municipio : Ciudad /localidad :

4. DATOS CLÍNICOS

Asintomático Sintomático Fecha de inicio de síntomas : / /
 Tos seca Fiebre Malestar general Cefalea Dificultad respiratoria Mialgias Dolor de garganta
 Perdida y/o disminución del sentido del olfato Perdida y/o disminución del sentido del gusto Otros :

Estado actual del paciente(al momento del reporte) :

Leve Grave Fallecido Fecha de defunción : / /

Diagnostico clínico :

IRA IRAG Neumonía Otro especificar :

5. DATOS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN Y/O AISLAMIENTO

Fecha de aislamiento : / / Lugar de Aislamiento :
 Fecha de internación : / / Establecimiento de salud de Internación :
 Ventilación mecánica: No Si Terapia Intensiva : No Si Fecha de Ingreso a UTI : / /

6. ENFERMEDADES DE BASE O CONDICIONES DE RIESGO

Presenta No presenta
 Hipertensión Arterial Obesidad Diabetes Embarazo
 Enfermedad Cardíaca Enfermedad Respiratoria Enfermedad Renal Crónica Otro :

7. DATOS DE PERSONAS CON LAS QUE EL CASO SOSPECHOSO ESTUVO EN CONTACTO

Nombre(s) y Apellido(s)	Relación	Edad	Teléfono	Dirección	Fecha de contacto	lugar de contacto

8. LABORATORIO

Se tomó muestra para Laboratorio: NO SI Lugar de toma de muestra :
 Tipo de muestra tomada:
 Aspirado Lavado Bronco alveolar Otra (especificar) :
 Hisopado Nasofaríngeo Hisopado Combinado
 Nombre de Lab. que procesará la muestra : Fecha de toma de muestra :/...../..... Fecha de envío :/...../.....
 Responsable de toma de muestra : Firma y sello :
 Observaciones :
 Resultado de Laboratorio Positivo Negativo Fecha :/...../.....

DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA :

Nombre y Apellido : Tel. cel. :
 Firma y sello : Sello del EESS :

Este formulario tiene el carácter de declaración jurada por el equipo de salud, contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, por lo que todas las variables deben ser llenadas de forma completa obligatoriamente en las secciones correspondientes y enviadas oportunamente

FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

COVID-19

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento de Salud : Cód. Estab. : Red de Salud :
 Departamento : Municipio : Fecha de Notificación :/...../..... Sem Epidem :
 Caso identificado por búsqueda activa : No Si

2. IDENTIFICACIÓN DEL CASO/PACIENTE

Nombre(s) y Apellido(s) : Sexo: F M
 Identificación Étnica : N° Carnet de Identidad /Pasaporte : Fecha de Nacimiento : / / Edad:.....
 Lugar de residencia ; Departamento : Municipio : País :
 Calle : Zona : N° : Teléfono :
 Si es menor de edad Nombre del padre/madre o apoderado : Teléfono :

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación: Personal de Salud Personal de Laboratorio Trabajador Prensa FF.AA. Policia Otro :
 Antecedente de vacunación para influenza NO SI Fecha : / /
 ¿Tuvo un viaje a un lugar de riesgo dentro o fuera del país ? NO SI
 ¿Dónde (país y ciudad)? : Fecha de retorno de viaje :/...../..... Hora ____ : ____
 Empresa : N° vuelo: N° asiento:.....
 ¿Tuvo contacto con un caso confirmado de COVID-19 en los 14 días previos al inicio de síntomas, en domicilio o establecimiento de salud
 NO SI Fecha de contacto :/...../.....
 Nombre(s) y Apellido(s) (del caso positivo) : Teléfono del (caso positivo) :
 Lugar de contacto con el caso positivo :
 País : Departamento/Estado : Municipio : Ciudad /localidad :

4. DATOS CLÍNICOS

Asintomático Sintomático Fecha de inicio de síntomas : / /
 Tos seca Fiebre Malestar general Cefalea Dificultad respiratoria Mialgias Dolor de garganta
 Perdida y/o disminución del sentido del olfato Perdida y/o disminución del sentido del gusto Otros :
Estado actual del paciente(al momento del reporte) :
 Leve Grave Fallecido Fecha de defunción : / /
Diagnostico clínico :
 IRA IRAG Neumonía Otro especificar :

5. DATOS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN Y/O AISLAMIENTO

Fecha de aislamiento : / / Lugar de Aislamiento :
 Fecha de internación : / / Establecimiento de salud de Internación :
 Ventilación mecánica: No Si Terapia Intensiva : No Si Fecha de Ingreso a UTI : / /

6. ENFERMEDADES DE BASE O CONDICIONES DE RIESGO

Presenta No presenta
 Hipertensión Arterial Obesidad Diabetes Embarazo
 Enfermedad Cardíaca Enfermedad Respiratoria Enfermedad Renal Crónica Otro :

7. DATOS DE PERSONAS CON LAS QUE EL CASO SOSPECHOSO ESTUVO EN CONTACTO

Nombre(s) y Apellido(s)	Relación	Edad	Teléfono	Dirección	Fecha de contacto	lugar de contacto

8. LABORATORIO

Se tomó muestra para Laboratorio: NO SI Lugar de toma de muestra :
Tipo de muestra tomada:
 Aspirado Lavado Bronco alveolar Otra (especificar) :
 Hisopado Nasofaríngeo Hisopado Combinado
 Nombre de Lab. que procesará la muestra : Fecha de toma de muestra :/...../..... Fecha de envío :/...../.....
 Responsable de toma de muestra : Firma y sello :
 Observaciones :
Resultado de Laboratorio Positivo Negativo Fecha :/...../.....

DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA :

Nombre y Apellido : Tel. cel. :
 Firma y sello : Sello del EESS :

Este formulario tiene el carácter de declaración jurada por el equipo de salud, contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, por lo que todas las variables deben ser llenadas de forma completa obligatoriamente en las secciones correspondientes y enviadas oportunamente