

Ministerio de Salud Pública

Montevideo, - 1 FEB. 2005

VISTO: el Decreto del Poder Ejecutivo N° 64/004 de 18 de febrero de 2004 por el cual se dispuso actualizar el "Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria";

RESULTANDO: que la citada reglamentación comete al Ministerio de Salud Pública mantener actualizado los eventos y enfermedades de declaración obligatoria de acuerdo a los requerimientos de la situación epidemiológica y a los avances que determine el conocimiento científico y tecnológico, así como la forma y frecuencia de información respecto de los mismos;

CONSIDERANDO: que la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Epidemiología de la División Salud de la Población perteneciente a la Dirección General de la Salud, ha elaborado el correspondiente formulario para la notificación a que refiere el artículo 7° del citado Código Nacional, entendiéndose pertinente su aprobación y difusión;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto por la Ley Orgánica de Salud Pública No.9.202 de 12 de enero de 1934 y por el Decreto del Poder Ejecutivo N° 64/004 de 18 de febrero de 2004 y complementario de fecha 18 de setiembre de 2004

EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA

RESUELVE:

- 1) Apruébanse los formularios adjuntos y que se consideran parte de la presente Ordenanza, denominados "***Boleta de Notificación Obligatoria de Enfermedades y Eventos Sanitarios***" y "***Ficha Registro - Denuncia de Brotes Epidémicos***".

- 2) Los mismos deberán ser usados a los efectos de declaración o denuncia de las enfermedades y eventos sanitarios de declaración obligatoria a que refiere el "Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria".
- 3) Dispónese que el Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Epidemiología de la División Salud de la Población perteneciente a la Dirección General de la Salud, asesorará a los médicos y servicios notificantes sobre los detalles relativos a los mismos, así como sobre las medidas de control y prevención que en cada caso corresponda.
- 4) La carencia de formularios no exime a los obligados de la obligatoriedad de notificación.
- 5) Comuníquese a los siguientes Organismos: Secretarías de Estado; Sindicato Médico del Uruguay; Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva; Unión de Mutualistas del Uruguay; Federación Médica del Interior; Facultad de Medicina (Hospital de Clínicas Dr. "Manuel Quintela"); Banco de Seguros del Estado, Banco de Previsión Social. Publíquese en dos Diarios de circulación nacional. Insértese en Circular. Cumplido, pase a sus efectos a la Dirección General de la Salud.

Ord. No. 97



DR. CONRADO BONILLA
Ministro de Salud Pública

DEFINICIONES UTILIZADAS PARA INGRESO DE CASOS EN LA BASE DE DATOS (SVE)

INSTITUCION. Se refiere a la institución de asistencia médica donde se realiza el diagnóstico presuntivo del evento que se notifica.

SERVICIO. Se refiere al servicio institucional desde donde se efectúa la notificación.

TELEFONO DEL SERVICIO. Número(s) de teléfono del servicio desde donde se realiza la notificación.

RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION. Nombre del funcionario o profesional responsable de la notificación.

TELEFONO DEL RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION. Número(s) de teléfono del funcionario o profesional responsable de la notificación.

NOTIFICA EN CARACTER DE. Cargo del funcionario o profesional responsable de la notificación.

ENFERMEDAD O EVENTO SANITARIO NOTIFICADO. Diagnóstico presuntivo o confirmado de enfermedad o evento notificado. Según el decreto 64/004 se entiende por evento a "los hechos, acontecimientos o circunstancias que por su importancia, características o excepcionalidad puedan considerarse de riesgo para la salud pública".

ESPECIFICACIONES RESPECTO A LA ENFERMEDAD O EVENTO NOTIFICADOS. La finalidad de este campo es complementar a través de un texto libre una enfermedad o evento notificado. Especialmente está dedicado a los códigos A5, A8, A10, A12, A19, B1, B2, B7c, B11 y B18.

FECHA DE LA NOTIFICACION. Es la fecha en que se concreta la notificación al MSP.

LUGAR DONDE OCURRE EL CASO. DEPARTAMENTO. Departamento donde se encuentra el paciente en el momento en que se establece la sospecha de caso y el mismo es notificado. **CIUDAD.** Ciudad donde se encuentra el paciente en el momento en que se establece la sospecha de caso y el mismo es notificado. **LOCALIDAD O BARRIO.** Se entiende por lugar donde ocurre el caso al lugar donde se encuentra el paciente en el momento en que se establece la sospecha de caso y entonces es notificado. En este campo se ingresará la localidad o el barrio de una ciudad.

FECHA DE NACIMIENTO. Fecha de nacimiento del caso. Es una variable de interés pues permite calcular la edad del paciente en cualquier circunstancia.

EDAD. Edad del caso en la unidad de tiempo que corresponda (días, meses, años, ver variable siguiente).

DIRECCION HABITUAL. CALLE. Calle y número donde reside habitualmente el caso.

LOCALIDAD O BARRIO DE LA RESIDENCIA HABITUAL. Localidad o Barrio donde reside habitualmente el caso.

CIUDAD DE LA RESIDENCIA HABITUAL. Ciudad donde reside habitualmente el caso.

TELEFONO DEL CASO. Número(s) de teléfono del caso, fijos o móviles, que permitan su localización.

FECHA DE INICIO DE LOS SINTOMAS. Fecha aproximada de comienzo de los síntomas en el caso en relación a la enfermedad o evento notificado.

FECHA DE ALTA/MUERTE. Si el caso ha sido internado y dado de alta o ha fallecido (durante la internación o no) esta variable recoge una u otra fecha.

MEDICO TRATANTE DEL CASO. Nombre del médico tratante del caso respecto a la enfermedad que genera la notificación.



BOLETA DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES Y EVENTOS SANITARIOS

MSP. DIGESA. SALUD DE LA POBLACION. DPTO DE EPIDEMIOLOGIA. Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

Remitir datos una vez completados al e-mail: vigilanciaepi@msp.gub.uy ó al Fax: 4008699.
Los mismos datos le serán requeridos si hace la denuncia telefónicamente al Tel: 4091200.

DATOS DEL NOTIFICADOR

INSTITUCION SERVICIO TEL. SERVICIO

PERSONA RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION

NOMBRE APELLIDO NOTIFICA EN CARÁCTER DE:

TELEFONO DEL NOTIFICADOR Cel

DATOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO SANITARIO NOTIFICADO

ENFERMEDAD O EVENTO ESPECIFIQUE EN A5, A3, A10, A12, A19, B1, B2, B7c, B11 y B13.

FECHA DE LA NOTIFICACION d m a

LUGAR DONDE OCURRE EL CASO

DEPARTAMENTO CIUDAD

P= POBLADO B=BARRIO A=ASENTAMIENTO Nombre del mismo

DATOS PERSONALES DEL CASO

CEDULA IDENTIDAD

1º NOMBRE 2º NOMBRE

1º APELLIDO 2º APELLIDO

SEXO FECHA NACIMIENTO d m a EDAD Años Meses Dias

DIRECCION

Si los siguientes datos son igual a lugar donde ocurre el caso, salte a TELEFONO DEL CASO

DEPARTAMENTO CIUDAD

P= POBLADO B=BARRIO A=ASENTAMIENTO Nombre del mismo

TELEFONO DEL CASO FECHA INICIO SINTOMAS d m a

CASO FALLECIDO CASO INTERNADO INTERNADO EN:

FECHA DE INTERNACION d m a SALA/CAMA FECHA ALTA/MUERTE d m a

MEDICO TRATANTE

ANVERSO

Leer al dorso especificaciones ANTES de completar el formulario

Para llenado exclusivamente en Vigilancia Epidemiológica, número REC asignado por la UVE:

