|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| logotipo alcaldia version para documentos word |
|

 |

|  |
| --- |
| **SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICAFORMATO DE CONSOLIDACION DE DATOS DE BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA** |
|

 |
|
|
|
| **Departamento: TOLIMA** | **Municipio: IBAGUE** | **Mes: Trimestre:** | **Año:**  |
| **Nombre del responsable de la BAC:** | **Correo electrónico:** | **Fecha de realización:**  |
| **Nombre quien diligencia el formato:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dirección/Localidad / Barrio / Vereda**  | **No. casa consecutivo** | **NÚMERO DE PERSONAS SEGÚN RANGOS DE EDAD** | **No de personas entrevistadas** |  **Parálisis Flácida < 15 años** |  **Sarampión/Rubeola** | **Tétanos Neonatal** | **Sintomático respiratorio** | **Otro evento encontrado.Cuál??** | **Nombres y Apellidos** | **Identificación** | **Teléfono** | **EPS** | **Remitido a médico** | **OBSERVACIONES** |
| **Menor de un mes** | **1 mes a 4 años** | **5 a 14 años** | **15 a 24 años** | **25 a 34 años** | **35 y más** | **Sí** | **No** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **TOTAL**  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **CASO SOSPECHOSO DE PARALISIS FLACIDA AGUDA:**  |
| NIÑO MENOR DE 15 AÑOS QUE PRESENTA DIFICULTAD PARA CAMINAR POR FLACIDEZ O DEBILIDAD MUSCULAR O PERDIDA DE LA FUERZA MUSCULAR |
| **CASO SOSPECHOSO DE SARAMPIÓN / RUBÉOLA**:  |
| PERSONA QUE EN EL ULTIMO MES HAYA PRESENTADO: FIEBRE + ERUPCIÓN EN LA PIEL CON TOS O CORIZA O CONJUNTIVITIS O INFLAMACIÓN DE LOS GANGLIOS. |
| **CASO SOSPECHOSO DE TÉTANOS NEONATAL O DEL RECIÉN NACIDO: ENFERMEDAD DE LOS 7 DÍAS O MAL DE VARILLA.** |  |  |  |  |  |  |  |
| PREGUNTE POR LAS MUERTES DE MENORES DE 1 MES PRESENTADAS EN EL ULTIMO AÑO VERIFIQUE SI EL RN MAMABA NORMALMENTE Y LUEGO PRESENTO DIFICULTAD PARA SEGUIR MAMANDO + SI PRESENTÓ ESPASMOS O CONVULSIONES O RIGIDEZ GENERALIZADA  |
| **CASO SOSPECHOSO DE TUBERCULOSIS:** |
| SINTOMATICO RESPIRATORIO - PREGUNTE POR PERSONA QUE PRESENTA TOS CON EXPECTORACIÓN POR MÁS DE 15 DIAS. |

***Revisó: Ilse Isaacs Urquhart – Epidemióloga***

***Febrero, 2019***

|  |
| --- |
| **Instructivo - Formato de recolección de BAC** |
| **Departamento:** diligencie el nombre de la entidad territorial. |
| **Municipio:** diligencie el nombre del municipio. |
| **Trimestre:** diligencie el trimestre en el que se realiza la búsqueda. |
| **Año:** diligencie el año correspondiente. |
| **Nombre del responsable de la BAC: diligencie nombres y apellidos completos del funcionario que realizo la búsqueda.**  |
| **Correo electrónico:** dirección electrónica de la persona que llevo a cabo la búsqueda. |
| **Fecha de realización:** escriba la fecha en formato día, mes y año en la que se realizo la búsqueda. |
| **Dirección/Localidad/Barrio /Corregimiento:** diligencie nomenclatura o nombre de la localidad, barrio o corregimiento en la que se realizo la búsqueda activa comunitaria. |
| **No. Viviendas visitadas:** diligencie consecutivamente el número de viviendas visitadas en esa localidad / barrio / corregimiento. |
| **Número de personas según rangos de edad:** diligencie el número de personas en las cuales se realizo la búsqueda según el evento (menor de un mes para tétanos neonatal, de un mes a cuatro años, de cinco a 14 años para PFA se tomara los menores de 15 años, de 15 a 24 años, de 25 a 34 años y 35 y más para sarampión rubéola se realizara búsqueda en todos los grupos de edad). |
| **Número de personas entrevistadas:** escriba el número total de personas entrevistadas por vivienda visitada. |
| **Total casos probables encontrados parálisis flácida:** número total de casos identificados en la búsqueda. |
| **Total casos sospechosos encontrados sarampión rubéola:** número total de casos identificados en la búsqueda. |
| **Total casos probables encontrados tétanos neonatal:** número total de casos identificados en la búsqueda. |
| **Total casos sintomáticos respiratorios:** número total de casos identificados en la búsqueda. |
| **Total casos probables encontrados Otro\_\_\_\_\_\_\_: número total de casos encontrados de otros eventos de vigilancia en salud pública.** |
| **Nombres y Apellidos:** se diligencian completos nombres y apellidos del caso encontrado  |
| **Identificación:** número de identificación del caso encontrado |
| **Teléfono:** número celular o fijo de la casa del caso encontrado |
| **EPS: d**iligencie el nombre de la EPS a la que pertenece el caso encontrado |
| **Remitido a médico:** marque con una X la casilla indicada |
| **Observaciones:** anote cualquier dato importante que no contenga el formato |