

REGIONALIZACIÓN DEL CASO	SEDES		COORDINACIÓN DE RED		MUNICIPIO		AREA		CONSULTA		BUSQUEDA														
							RURAL URBANA		NUEVA REPETIDA		ACTIVA PASIVA														
ESTABLECIMIENTO DE SALUD				COMUNIDAD RURAL/ DISTRITO (URBANO)				LOCALIDAD (RURAL) / BARRIO (URBANO)																	
DIAGNÓSTICO	TIPO DE CASO		FECHA-INICIO SINTOMAS-FIEBRE			TIPO DE PRUEBA		FECHA TOMA DE MUESTRA			FECHA DE LECTURA														
	SINTOMÁTICO ASINTOMÁTICO		DÍA MES AÑO			GOTA GRUESA PRUEBA RÁPIDA		DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO														
	RESULTADO						NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA LECTURA DE LA MUESTRA																		
	P.FALCIPARUM		P.VIVAX		P.MIXTA								DENSIDAD PARASITARIA/pµL												
DATOS DEL PACIENTE	CEDULA DE IDENTIDAD		NOMBRES		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NACIONALIDAD		ORIGEN		EDAD / SEXO		EMBARAZADA										
													MASC. FEMEN.		NO SI MES										
	RESIDENCIA																								
	DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		COMUNIDAD / DISTRITO		LOCALIDAD / BARRIO		BARRACA / RIO / DIRECCIÓN																
	ANTECEDENTES: ¿HA TENIDO MALARIA Y/O HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTIMALARICO EN EL ULTIMO AÑO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Y/O EN LOS ULTIMOS 30 DIAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																								
	DIAGNÓSTICO PLASMODIUM				RECIBIO TRATAMIENTO		COMPLETO TRATAMIENTO		LUGAR DONDE FUE TRATADO																
FALCIPARUM		VIVAX		SI NO		SI NO		COORDINACIÓN DE RED		MUNICIPIO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD													
LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN - ¿EN QUE LUGAR SE ENCONTRABA HACE 15 DIAS?																									
PAIS		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		COMUNIDAD / DISTRITO		LOCALIDAD / BARRIO				OCUPACIÓN													
RECUERDE → NO PRESCRIBIR PRIMAQUINA EN MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES. NO ADMINISTRE MEFLOQUINA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO Y EN NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES.																									
ESQUEMA DE TRATAMIENTO ADMINISTRADO (ANOTAR LA CANTIDAD DE COMPRIMIDOS ENTREGADOS)																									
TRATAMIENTO	FECHA INICIO TRATAMIENTO			DÍA		MES		AÑO		DÍA 1		DÍA 2		DÍA 3		DÍA 4		DÍA 5		DÍA 6		DÍA 7		TOTAL	
	CLOROQUINA 150 mg																								
	PRIMAQUINA 15 mg																								
	PRIMAQUINA 5 mg																								
	PESO DEL PACIENTE			EN Kg.																					
	MEFLOQUINA 250 mg																								
	ARTESUNATO 50 mg																								
	SULFATO, QUININA 300 mg																								
	TRATAMIENTO SUPERVISADO			SI NO																					
CLINDAMICINA 100 mg																									
ARTEMETER + LUMEFRANTINA 6 TAB.																									
REQUIERE TRATAMIENTO MALARIA GRAVE			SI NO																						
ARTEMETER + LUMEFRANTINA 12 TAB.																									
ARTEMETER + LUMEFRANTINA 18 TAB.																									
ARTEMETER + LUMEFRANTINA 24 TAB.																									
ORIGINAL Y TRES COPIAS QUIMICAS:																									
ORIGINAL - PROGRAMA REGIONAL DE MALARIA - ESTADISTICA																									
1° COPIA - LABORATORIO (CONTROL DE CALIDAD)																									
2° COPIA - ESTABLECIMIENTO DE SALUD																									
3° COPIA - TECNICO DE MALARIA																									
NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO				CARGO DEL FUNCIONARIO				FORMULARIO INGRESADO AL SISTEMA				FIRMA PACIENTE													
				TECNICO MALARIA COLABORADOR VOLUNTARIO PERSONAL DE SALUD				SI NO																	
SEGUIMIENTO	FECHA DE TOMA DE MUESTRA			FECHA DE LECTURA			RESULTADO				DENSIDAD PARASITARIA/pµL														
	DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO			P.FALCIPARUM P.VIVAX P.MIXTA NEGATIVA																		

INSTRUCTIVO
FORMULARIO DE REGISTRO INDIVIDUAL PARA MALARIA

El formulario de Registro individual para Malaria, es un instrumento de registro diario de la prestación de los servicios de atención a los usuarios confirmados de Malaria y que facilita el control del diagnóstico y consumo de medicamentos. Por lo tanto es un instrumento equivalente al Recetario/Recibo. Para tal efecto este instrumento viene impreso en la parte superior de la derecha un número de registro SNUS-02 M que equivale al No. Clave de la Muestra.

SECCIÓN	VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Regionalización del caso, en esta sección anotar el lugar donde se está captando el caso	SEDES	Anotar el Nombre del Servicio Departamental de Salud.
	Coordinación de Red	Anotar el Nombre de la Cooperación de Red, dependiente del SEDES.
	Municipio	Anotar el Nombre del Municipio.
	Área	Seleccionar el área con una marca de verificación (✓), en la casilla correspondiente, Rural o Urbana.
	Consulta	Seleccionar la consulta con una marca de verificación (✓), en la casilla correspondiente, Nueva o Repetida, Nueva es la primera visita al Establecimiento de Salud en lo que va del año y Repetida si es la segunda o más visitas al Establecimiento de salud en lo que va del año.
	Búsqueda	Seleccionar la búsqueda con una marca de verificación (✓), en la casilla correspondiente, Activa o Pasiva, Activa cuando el Técnico de Malaria o el Colaborador voluntario sale del Establecimiento de Salud a buscar casos, Pasiva cuando el personal de Salud espera que los casos acudan al Establecimiento de Salud.
	Establecimiento de Salud	Anotar el Nombre del Establecimiento de Salud, dependiente de la Coordinación de Red.
	Comunidad/Distrito	Anotar el nombre de la Comunidad si el área es Rural y del Distrito cuando es Urbana.
	Localidad/Barrio	Anotar el nombre de la Localidad si el área es Rural y del Barrio cuando es Urbana.
Diagnóstico, en esta sección anotar los datos del diagnóstico del caso.	Tipo de Caso	Seleccionar el tipo de caso con una marca de verificación (✓), en la casilla correspondiente, Sintomático o Asintomático.
	Fecha inicio Síntomas (fiebre)	Anotar la fecha de inicio de síntomas en formato de día, mes y año.
	Tipo de Prueba	Seleccionar el tipo de prueba con una marca de verificación (✓), en la casilla correspondiente, Gota Gruesa o Prueba Rápida.
	Fecha toma de muestra	Anotar la fecha de toma de muestra en formato de día, mes y año.
	Fecha de lectura de la muestra	Anotar la fecha de lectura de la muestra en el formato de día, mes y año.
	Resultado de la Prueba	Seleccionar el resultado de la prueba con una marca de verificación (✓), en la casilla correspondiente, P.Falciparum, P.Vvax o P.Mixta.
	Densidad Parasitaria	Anotar el número de parásitos identificados en la lámina.
	Nombres y Apellidos del funcionario que realiza la lectura de la prueba	Anotar los nombres y apellidos del funcionario que realiza la lectura de la prueba.
	Datos del paciente, en esta sección anotar los datos del paciente	Cedula de Identidad
Nombres		Anotar los nombres del paciente.
Apellido Paterno		Anotar el apellido paterno del paciente, en el caso de no tener pasar al apellido materno.
Apellido Materno		Anotar el apellido materno del paciente, en el caso de no tener dejar en blanco.
Nacionalidad		Anotar la nacionalidad del paciente.
Origen		Anotar el origen del paciente de un total de 36 naciones originarias.
Edad y Sexo		Anotar la edad del paciente en la casilla correspondiente al sexo, en el caso de que sea menor de un año, anotar la edad en meses y a continuación la letra "m".
Embarazada		En el caso de que la paciente sea mujer, seleccionar con una marca de verificación (✓) si está embarazada o no, además del mes de embarazo.
Residencia, anotar la residencia donde el paciente vive en la actualidad		Departamento
	Municipio	Anotar el nombre del Municipio.
	Comunidad/Distrito	Anotar el nombre de la Comunidad (Rural) o Distrito (Urbano).
	Localidad/Barrio	Anotar el nombre de la Localidad (Rural) o Barrio (Urbano).
	Barraca/Rio/dirección	Anotar el nombre de la Barraca/Rio/Dirección.
Antecedentes, en el último año y en el último mes.	¿Ha tenido malaria o recibió tratamiento antimalarico?	Seleccionar con una marca de verificación (✓), si la respuesta es SI o NO, en el último año y en el último mes.
	Diagnóstico Plasmodium	Seleccionar el diagnóstico con una marca de verificación (✓), si es Falciparum o Vvax.
	Recibió tratamiento	Seleccionar con una marca de verificación (✓), si la respuesta es SI o NO.
	Completó tratamiento	Seleccionar con una marca de verificación (✓), si la respuesta es SI o NO.
	Lugar donde fue tratado	Anotar el nombre de la Coordinación de Red, Municipio y Establecimiento de Salud donde fue tratado.
Lugar probable de infección	¿En qué lugar se encontraba hace 15 días?	Anotar el nombre del País, Departamento, Municipio, Comunidad/Distrito, Localidad/Barrio donde se encontraba hace 15 días.
	Ocupación	Anotar la ocupación del paciente.
Tratamiento, en esta sección anotar los datos del tratamiento	RECUERDE	No prescribir primaquina en mujeres embarazadas y niños menores de seis meses. No administre melloquina durante el primer trimestre de embarazo y en niños menores de seis meses.
	Fecha inicio tratamiento	Anotar la fecha de inicio del tratamiento en formato día, mes y año.
	Peso del paciente	Anotar el peso del paciente en kilogramos.
	Tratamiento supervisado	Seleccionar con una marca de verificación (✓), si la respuesta es SI o NO, supervisado es cuando el personal de salud dispensa el tratamiento todos los días y verifica la toma de los medicamentos.
	Requiere tratamiento Malaria grave	Seleccionar con una marca de verificación (✓), si la respuesta es SI o NO.
	Día 1 - Día 7 - Total	En el esquema de tratamiento, anotar la cantidad de comprimidos en el caso de presentaciones individuales o paquetes entregados en el caso de las prestaciones combinadas a dosis fija, en el total registrar la sumatoria.
Datos del Funcionario	Nombres y apellidos del funcionario	Anotar los nombres y apellidos del funcionario.
	Cargo del funcionario	Seleccionar con una marca de verificación (✓), si el cargo del funcionario es Técnico en Malaria, Colaborador Voluntario o Personal de Salud.
Formulario ingresado al sistema	Formulario ingresado al sistema	Seleccionar con una marca de verificación (✓), si la respuesta es SI o NO, solo el personal que sistematiza el formulario en la herramienta informática.
Firma del paciente	Firma del Paciente	El funcionario debe hacer firmar al paciente.
Seguimiento	Fecha toma de muestra	Anotar la fecha de toma de muestra en formato de día, mes y año.
	Fecha lectura de la muestra	Anotar la fecha de lectura de la muestra en el formato de día, mes y año.
	Resultado de la Prueba	Seleccionar el resultado de la prueba con una marca de verificación (✓), en la casilla correspondiente, P.Falciparum, P.Vvax, P.Mixta o Negativa.
	Densidad Parasitaria	Anotar la densidad parasitaria.

FICHA TÉCNICA DEL FORMULARIO DE REGISTRO INDIVIDUAL DE MALARIA

Nro.	Apartado	Descripción
1	Denominación	Formulario de Registro Individual para Malaria
2	Objetivo	<p>Contener todos los datos de captación de un caso positivo de malaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos de regionalización del caso • Datos del diagnóstico del caso • Datos del paciente • Datos del tratamiento • Datos de seguimiento
3	Fundamento legal	Resolución Ministerial
4	Ámbito de aplicación	Nacional, Departamental, Municipal y Local
5	Vigencia	2015 después de su validación e implementación
6	Disposiciones generales	Aplicación obligatoria en todo el territorio nacional
7	Emisor(es), fecha y firma	Ministerio de Salud
8	Transitorios	Socialización por niveles (cascada)

Otros Apartados		
9	Consideraciones	Este documento define la metodología para los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientarán las medidas de prevención y control de los casos de malaria a nivel nacional, departamental, municipal y de comunidad según se requiera.
10	Definiciones/Variables	Anexos
11	Mecanismo de vigilancia y evaluación	Programas Regionales de Control de la Malaria.
12	Interpretación	Programa Nacional de Control de la Malaria