

## **DIRECTIVA SANITARIA N° 041-MINSA/DGE-V-01**

### **"DIRECTIVA SANITARIA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA"**

#### **I. FINALIDAD.**

Contribuir a reducir el impacto de los brotes, epidemias y otros eventos de importancia para la salud pública en la población, a nivel nacional.

#### **II. OBJETIVO.**

Normar y estandarizar el procedimiento de notificación, el flujo de información y los instrumentos de recolección de la información de los brotes, epidemias y otros eventos de importancia para la salud pública.

#### **III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud públicos y privados (del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, de EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional, hospitales y clínicas municipales, y privados).

#### **IV. BASE LEGAL.**

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
- Ley N° 27813: "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud".
- Ley N° 27657: "Ley del Ministerio de Salud".
- Decreto Supremo N° 011-2005-SA, efectúan modificaciones al Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento de Organización y Funciones
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 27657.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 526-2011 /MINSA, que aprueba "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 793-2006 /MINSA, que crea el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional.
- Reglamento Sanitario Internacional. 2005.
- Resolución Ministerial N° 1019-2006 /MINSA, que aprueba la NTS N° 053-MINSA/DGE - v0.1- Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica con posterioridad a Desastres (naturales / antrópicos) y otras Emergencias sanitarias (EPIDES) en el Perú.
- Resolución Ministerial N° 581-2005/MINSA, que aprueba la Directiva N° 065 - MINSA/OGE-V.01: Sistema De Vigilancia Sindrómica (Alerta - Respuesta).



F. GONZALES R.

## V. DISPOSICIONES GENERALES:

### 5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

- 5.1.1. **Brote:** Es el incremento o aparición inusual de casos de una enfermedad en un área geográfica delimitada, durante un periodo de tiempo y afectando un número determinado de personas, en el cual el o los casos tienen un nexo epidemiológico.
- 5.1.2. **Epidemia:** Aparición de mayor magnitud de casos de una enfermedad, con nexo epidemiológico, pero en un tiempo, área geográfica y número de personas más amplio.
- 5.1.3. **Pandemia:** Epidemia que se presenta en grandes áreas geográficas, muchos países, y puede llegar a afectar una gran proporción de la población.
- 5.1.4. **Epizootia:** Equivalente a brote o epidemia de una enfermedad en una población animal, con la connotación de que puede afectar también a la población humana.
- 5.1.5. **Evento:** Es un fenómeno o hecho observable que ocurre en un lugar y momento determinados.
- 5.1.6. **Evento de importancia para la Salud Pública Nacional (EVISAP):** Todo evento extraordinario que:

*i. Pone en riesgo a una población, como las siguientes situaciones:*

- Presencia de brotes.
- Presencia de síndromes bajo vigilancia epidemiológica: según la Directiva N° 065-MINSA/OGE-V.01: Sistema de Vigilancia Sindrómica (Alerta - Respuesta).
- Presencia de otros síndromes o enfermedades que no se encuentran bajo vigilancia.
- Presencia de casos de enfermedades erradicadas (viruela), o que se encuentran en proceso de erradicación (polio, sarampión).
- Ocurrencia de epizootias que puedan trascender a los humanos.

*ii. Ocasiona daño(s) a una población, de tal magnitud que altera su normal desenvolvimiento, requiriendo una respuesta extraordinaria de sus servicios de salud (emergencia), o cuya respuesta sea rebasada, requiriendo apoyo externo (desastre), como en estos eventos;*

- Brotes de alta letalidad.
- Epidemias.
- Emergencias sanitarias.
- Desastres naturales y antrópicos: Huaycos (aluviones), huracanes, tsunamis, inundaciones, terremotos, accidentes masivos, conflictos sociales, entre otros.
- Otros eventos que puedan incluirse en esta definición.

- 5.1.7. **Notificación:** Es la comunicación oficial que realiza el responsable de la vigilancia epidemiológica, o quien haga sus veces, de cualquier unidad notificante, que haya detectado o recibido, y verificado el reporte o comunicación de una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica. La notificación de una enfermedad o evento a vigilar puede ser inmediata, semanal o mensual, según corresponda.



F. GONZALES R.

**5.1.8. Unidad Notificante:** Establecimiento de Salud designado oficialmente por la DISA, DIRESA/GERESA o la que haga sus veces, que realiza de forma permanente la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria, notificación de brotes y otros EVISAP, en su jurisdicción.

**5.1.9. Vigilancia Sindrómica:** Es una estrategia de vigilancia de un conjunto de síndromes (signos y síntomas) relevantes que pueden ser producidos por más de una enfermedad y que ayudan a caracterizar rápidamente un brote (ver Directiva N° 065 - MINSA/OGE-V.01: Sistema de Vigilancia Sindrómica (Alerta - Respuesta).

**5.2.** El procedimiento de notificación de brotes, epidemias y otros EVISAP forma parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional.

## **VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.**

### **6.1. Del objeto de la Notificación:**

Los establecimientos de salud notificarán:

- Brotes o epidemias.
- Epizootias.
- Otros eventos de importancia para la Salud Pública (EVISAP).

### **6.2. De la oportunidad de la Notificación de Brotes, epidemias y otros EVISAP:**

La notificación del brote, epidemia, u otro EVISAP se realizará de forma inmediata, apenas se tome conocimiento de éste.

### **6.3. Del Responsable de la Notificación de Brotes, epidemias y otros EVISAP:**

El responsable de la notificación de los establecimientos de salud es el Responsable de la Vigilancia Epidemiológica, o quien haga sus veces, quien además, consignará sus datos personales en la hoja de notificación.

### **6.4. De los niveles de Notificación de Brotes, epidemias y otros EVISAP:**

La notificación de un brote, epidemia, u otro EVISAP se realizará según la organización de las redes de salud:

- Establecimiento de Salud (mínima Unidad Notificante),
- Microrred de Salud,
- Red de Salud,
- DISA, DIRESA /GERESA o la que haga sus veces en el ámbito regional.
- Dirección General de Epidemiología, DGE – MINSA.

En el nivel nacional, la DGE – MINSA, a su vez notificará a los organismos internacionales, según corresponda.

Las DISA, DIRESA /GERESA, o quien haga sus veces en el ámbito regional, coordinarán con los Establecimientos de EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional y Establecimientos de Salud privados de su jurisdicción, las notificaciones de un brote, epidemia, u otro EVISAP que les corresponda realizar oportunamente.



F. GONZALES R.

**6.5. Del procedimiento de Notificación de Brotes, epidemias y otros EVISAP:**

**6.5.1. Medio de Notificación:**

El Responsable de la notificación del establecimiento de salud accederá al portal web para la notificación de brotes de la DGE (<http://www.dge.gob.pe/notificar/>), donde ubicará la Ficha de Notificación de Brotes (Anexo 4), previo ingreso de su usuario y contraseña, e ingresará los datos solicitados. Los responsables de Epidemiología de las DISA, DIRESA /GERESA, o la que haga sus veces en el ámbito regional, coordinarán con la Dirección General de Epidemiología la asignación de claves de usuario y contraseña para los responsables de la notificación del brote de los establecimientos de salud.

Además, el NOTISP (Software oficial para la notificación de daños sujetos a vigilancia epidemiológica) cuenta con un acceso directo al mencionado portal web para la notificación de Brotes.

Aquellas unidades que no tengan acceso a la Internet, notificarán dentro de las 24 horas de haber ocurrido el brote, a través, del llenado de la Ficha de Notificación de Brotes, epidemias y otros EVISAP, cuyo contenido se comunicará por el medio de comunicación disponible más rápido hacia el nivel inmediato superior que pueda efectuar la notificación vía web (*on line*). En este caso, se registrarán los datos en la ficha de Notificación de Brotes y otros EVISAP para el archivo correspondiente.

**6.5.2. Ingreso de Datos:**

Los datos solicitados en la Ficha para la Notificación de Brotes y otros EVISAP se completarán con la información preliminar disponible y será lo más confiable posible. Las variables solicitadas, así como, el modo de presentar la información en la ficha se encuentran en los anexos 3 y 4 de la presente directiva sanitaria.

**6.5.3. De la Confirmación de la recepción de la Notificación:**

Luego de haber notificado el brote el sistema generará automáticamente la constancia electrónica de confirmación del envío, la misma que será remitida vía email al responsable de la unidad notificante, Red, DISA, DIRESA / GERESA, o la que haga sus veces. Dicha constancia deberá ser impresa y archivada como medio de verificación de la notificación.

En los casos en los que la notificación se realice por un medio de comunicación diferente a la Internet se archivarán las fichas de notificación de los brotes, epidemias y otros EVISAP en medio físico (impreso o escrito a mano).

**6.6. Del destino de la Notificación de brotes, epidemias u otros EVISAP:**

La notificación de un brote, epidemia, u otro EVISAP establece una comunicación directa, en orden ascendente de jerarquía, según la organización de las redes de salud, previamente descritos en el punto 6.4, y se retroalimenta la información en el orden inverso, de la siguiente manera:

La notificación por parte de los Establecimientos de Salud que no están adscritos al MINSA (EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía, privados y otros) establece comunicación con las DISAS, DIRESAs / GERESAs o las que hagan sus veces y con la DGE. Las DISAS, DIRESAs / GERESAs o la que haga sus veces son responsables de realizar las acciones correspondientes.



F. GONZALES R.

DIRECTIVA SANITARIA 043-MINSA/DGE-V-01  
"DIRECTIVA SANITARIA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA PARA LA  
SALUD PÚBLICA"

Las DISAS, DIREAS / GERESAs o la haga sus veces, son las responsables de coordinar con las demás instituciones del sector para lograr incorporarlas como unidades notificantes (EsSalud, Sanidades, privados y otros).

La información notificada se retroalimentará desde el nivel nacional hasta el nivel local a través de los boletines epidemiológicos nacionales y regionales.

**6.7. De los informes de brotes:**

Los responsables de las Oficinas de Epidemiología de las DISAS, DIREAS / GERESAs o la haga sus veces elaborarán o coordinarán con las personas que notificaron el brote para la elaboración de los informes iniciales, de seguimiento o finales de los brotes notificados. Estos informes deberán ser subidos al portal web para la notificación de brotes de la DGE (<http://www.dge.gob.pe/notificar/>).

**6.8. De la actualización de la directiva:**

La Dirección General de Epidemiología es la instancia responsable de evaluar el funcionamiento adecuado del proceso de notificación de brotes, epidemias y otros EVISAP y proponer cambios y mejoras para el perfeccionamiento del proceso de notificación de brotes, epidemias y otros EVISAP

La Dirección General de Epidemiología actualizará la presente directiva cuando sea pertinente con el propósito de mejorar el sistema de vigilancia de brotes, epidemias y otros EVISAP.

**VII. RESPONSABILIDADES:**

**7.1. NIVEL NACIONAL:**

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Epidemiología es responsable de la difusión de la presente Directiva Sanitaria hasta el nivel regional; de brindar asistencia técnica a las DISAS, DIREAS o las que hagan sus veces, para la aplicación de lo establecido en la presente directiva; y supervisar el cumplimiento de la misma.

**7.2. NIVEL REGIONAL:**

Las Direcciones de Salud de Lima y las Direcciones Regionales de Salud o las que haga sus veces, a través de sus respectivas Oficinas de Epidemiología o las que hagan sus veces en el ámbito regional, son responsables de difundir la presente directiva sanitaria; de brindar asistencia técnica; de la implementación y de la supervisión de su aplicación.

**7.3. NIVEL LOCAL**

Los directores o jefes de los establecimientos de salud públicos y privados, que son identificados como unidades notificantes, son responsables de la aplicación de la presente directiva sanitaria.

**VIII. ANEXOS.**

**Anexo 1:** Flujograma del proceso de notificación de brotes, epidemias y otros EVISAP.

**Anexo 2:** Modelo de Ficha de notificación de brotes, epidemias y otros EVISAP.



F. GONZALES R.

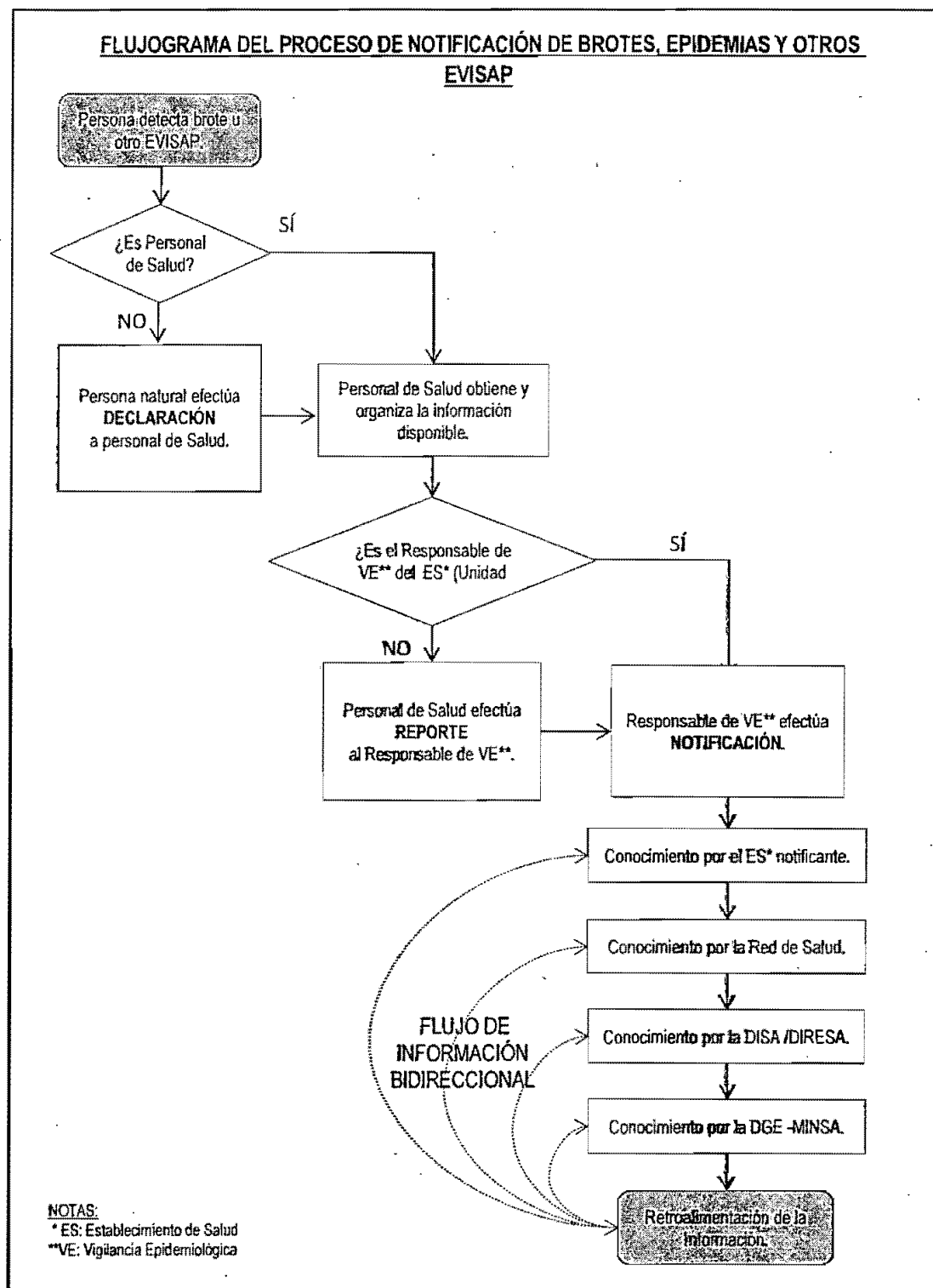
**Anexo 3:** Instructivo de llenado de la Ficha de Notificación de brotes, epidemias y otros EVISAP.

**Anexo 4:** Ejemplos de notificación inmediata usando la Ficha de notificación de brotes, epidemias y otros EVISAP.



F. GONZALES R.

**Anexo 1**



F. GONZALES R.

DIRECTIVA SANITARIA 047-MINSA/DGE-V-01  
"DIRECTIVA SANITARIA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA PARA LA  
SALUD PÚBLICA"

**Anexo 2:**

| FICHA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVISAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. FECHA Y UBICACIÓN DEL EVENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Fecha de Notificación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Hora:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | :                                                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Provincia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Localidad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Institución que notifica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Sanidades FFAA y PNP <input type="checkbox"/> Privados <input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| EE.SS. Próximo al evento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Nombre del EE.SS.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> PS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> CS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| II. DATOS DEL EVENTO: (Elija una opción de notificación)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Clasificación:</b><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><b>Diagnóstico:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> <b>BROTE</b><br><b>Por daño o enfermedad (especificar):</b><br>Broto de _____<br><br><b>Por diagnóstico sindrómico:</b><br><input type="checkbox"/> S. Febril<br><input type="checkbox"/> S. Febril icterico Agudo<br><input type="checkbox"/> S. Febril + manifest. Hemorrágicas<br><input type="checkbox"/> S. Febril Respiratorio Agudo<br><input type="checkbox"/> S. Febril + manifest. Neurológicas<br><input type="checkbox"/> S. Febril con Erupción Dérmica<br><input type="checkbox"/> S. Difteria Agudo<br><input type="checkbox"/> S. Úlcera Cutánea Necrótica<br><input type="checkbox"/> S. Febril Anémico Agudo<br><input type="checkbox"/> Muerte no explicada post síndrome febril<br><input type="checkbox"/> Otro Síndrome (especificar): _____<br>Broto de S. _____ | <input type="checkbox"/> <b>EPIZOOTIA</b><br><input type="checkbox"/> Rabia urbana<br><input type="checkbox"/> Rabia silvestre<br><input type="checkbox"/> Influenza aviar<br><input type="checkbox"/> Carbunco (antrax) animal<br><input type="checkbox"/> Otras epizootias<br><br><b>Tipo de animales afectados:</b><br>_____<br><br><b>Total de animales afectados:</b><br><table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 50%; text-align: center;">afectados</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50%; text-align: center;">muertos</td> </tr> </table> | afectados                                                       | muertos | <input type="checkbox"/> <b>OTRO EVISAP</b><br><b>Emergencia / desastre natural</b><br><input type="checkbox"/> Huayco<br><input type="checkbox"/> Terremoto<br><input type="checkbox"/> Inundación<br><input type="checkbox"/> Vientos huracanados<br><input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____<br><br><b>Emergencia / desastre antrópico</b><br><input type="checkbox"/> Incendio<br><input type="checkbox"/> Intoxicación por sustancias<br><input type="checkbox"/> Accidentes de tránsito<br><input type="checkbox"/> Conflicto social<br><input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ |
| afectados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | muertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Agente etiológico más probable: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| III. LABORATORIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Toma de muestra: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| IV. DATOS DE LA POBLACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Población en localidad afectada: _____ habitantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Total de personas afectadas: _____ afectados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Total de hospitalizados: _____ hospitalizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Total de defunciones: _____ fallecidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Grupos de edad más afectados: <input type="checkbox"/> 0-4 años <input type="checkbox"/> 5-9 años <input type="checkbox"/> 10-14 años <input type="checkbox"/> 15-19 años <input type="checkbox"/> 20-24 años <input type="checkbox"/> 25-29 años <input type="checkbox"/> 30-34 años <input type="checkbox"/> 35-39 años <input type="checkbox"/> 40-49 años <input type="checkbox"/> 50-54 años <input type="checkbox"/> 55-64 años <input type="checkbox"/> > 65 años |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| V. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| VI. DATOS DE LA PERSONA QUE NOTIFICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Persona que notifica: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Correo electrónico: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Teléfono celular: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Teléfono fijo: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Teléfono comunitario: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Frecuencia de Radio: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Indicativo de Radio: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



F. GONZALES R.

**Anexo 3:**

**Instructivo de llenado de la Ficha de Notificación de brotes, epidemias y otros  
EVISAP:**

La información solicitada cuenta con las siguientes variables:

**I. FECHA Y UBICACIÓN DEL EVENTO:**

1. Fecha de Notificación. Se consignará la fecha en que se comunica el evento.
2. Fecha de Inicio del Evento. Se consignará la fecha en que ocurrió el evento.
3. Departamento / Región: Donde ocurre o ha ocurrido el evento a notificar.
4. Provincia: Donde ocurre o ha ocurrido el evento a notificar.
5. Distrito: Donde ocurre o ha ocurrido el evento a notificar.
6. Localidad: Indicar Caserío, Centro Poblado Menor, comunidad nativa, sector, u otra denominación, donde ocurre o ha ocurrido el evento a notificar.
7. Institución de Salud que notifica: Indicar si pertenece a:
  - MINSA
  - DIRESA / GERESA
  - Gobierno Local
  - EsSalud
  - Sanidades FFAA y PNP
  - Privados
  - Otros
8. Establecimiento de Salud (EESS) próximo al Evento: El Establecimiento de Salud más cercano, responsable de la jurisdicción donde ocurre o ha ocurrido el evento.

**II. DATOS DEL EVENTO:**

9. Clasificación del Evento: Consignar qué evento se está notificando:
  - Brote
  - Epizootia
  - Otro EVISAP
10. Diagnóstico:
  - a. Si se está notificando un brote, el diagnóstico puede definirse:
    - Por diagnóstico sindrómico: Los síndromes sujetos a notificación se definen en la Directiva N° 065 - MINSA/OGE-V.01: Sistema de Vigilancia Sindrómica (Alerta - Respuesta) y son los siguientes:
      - Síndrome febril
      - Síndrome febril icterico agudo
      - Síndrome febril con manifestaciones hemorrágicas.



F. GONZALES R.

DIRECTIVA SANITARIA 047-MINSA/DGÉ-V-01  
"DIRECTIVA SANITARIA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA"

- Síndrome febril respiratorio agudo
  - Síndrome febril con manifestaciones neurológicas
  - Síndrome febril con erupción dérmica
  - Síndrome diarreico agudo
  - Síndrome úlcera cutánea necrótica
  - Síndrome febril anémico agudo
  - Muerte no explicada post síndrome febril
  - Otros síndromes notificables.
- Por diagnóstico de enfermedad: Especificar la enfermedad causante del brote, que puede ser una de las enfermedades de notificación obligatoria o cualquier otra enfermedad que ocasiona un brote.

b. Si se está notificando una epizootia, el diagnóstico estará dado según sea:

- Rabia urbana
- Rabia silvestre
- Gripe aviar,
- Carbunco o ántrax animal, y
- Otras epizootias que puedan trascender a humanos.

Además, en una epizootia se consignará:

- Tipo de Animales afectados, en este campo se especificará el tipo de animal que enfermó o murió como consecuencia de la epizootia notificada.
- Total de animales afectados: consignar el número de animales afectados y muertos por la epizootia notificada.

c. Si se está notificando otro tipo de EVISAP, el diagnóstico estará referido si es:

- Por emergencia / desastre naturales:
  - huayco,
  - terremoto,
  - inundación,
  - vientos huracanados,
  - Otros.
- Por emergencia / desastres antrópicos: incendios, intoxicación por sustancias, accidente de tránsito, conflicto social, u otros.

d. Agente etiológico más probable: Puede consignarse el agente etiológico sospechoso de ser la causa del brote o epizootia.

**III. LABORATORIO:**

12. Toma de Muestra: Se consignará si se tomó muestra o no, o si se desconoce este dato.



F. GONZALES R.

**IV. DATOS DE LA POBLACIÓN:**

13. Población en localidad afectada: Se refiere al número de habitantes de la población afectada o potencialmente afectada en la que se produce el brote u otro EVISAP.
14. Total de personas afectadas: El número de personas afectadas por el brote u otro EVISAP.
15. Total de Hospitalizados: Puede consignarse el número de personas que fueron internadas en un Establecimiento de Salud como consecuencia del brote u otro EVISAP.
16. Total de Defunciones: El número de personas fallecidas como consecuencia del brote u otro EVISAP.
17. Grupos de edad más afectados: Consignar por quinquenios el o los grupos de edad más afectados, desde 0-4 años hasta mayores de 65 años.

**V. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:**

- Se elaborará un breve resumen del evento notificado (características, circunstancias del evento y actividades realizadas).

**VI. DATOS DE LA PERSONA QUE NOTIFICA:**

18. Persona que notifica: Se colocará el nombre y apellidos del responsable de la Vigilancia Epidemiológica de la Unidad Notificante.
19. Correo electrónico: Será del responsable de la Notificación del brote u otro EVISAP.
20. Teléfono celular: Se consignará el del responsable de la notificación.
21. Teléfono fijo: Se consignará el teléfono del establecimiento de salud desde donde se notifica.
22. Teléfono comunitario: Se consignará el de la comunidad donde se encuentra el establecimiento que notifica.
23. Frecuencia de radio: Referencial, para realizar coordinaciones.
24. Indicativo: Referencial, para realizar coordinaciones.



F. GONZALES R.

**DIRECTIVA SANITARIA 047-MINSA/DGE-V-01**  
**"DIRECTIVA SANITARIA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA"**

**ANEXO 04: EJEMPLOS DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA USANDO LA FICHA**

**Ejemplo 1: Notificación de un brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA):**

| FICHA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVISAP                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| I. FECHA Y UBICACIÓN DEL EVENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                              |
| Fecha de Notificación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 13/10/2009                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Hora:                        | 14:50:00                     |
| Fecha de Inicio del evento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 12/10/2009                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Hora:                        | 23:00:00                     |
| Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Madre de Dios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Provincia:                   | Tahuamanu                    |
| Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Iberia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Localidad:                   | Centro Poblado Flor de Acre  |
| Institución que notifica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> MINSA <input checked="" type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Sanidades FFAA y PNP <input type="checkbox"/> Privados <input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                              |
| EE.SS. Próximo al evento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> PS <input checked="" type="checkbox"/> CS <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                              |
| Nombre del EE.SS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | C.S. Iberia - EsSalud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |                              |
| II. DATOS DEL EVENTO: (Elija una opción de notificación)                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                              |
| Clasificación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> <b>BROTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <b>EPIZOOTIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                              |
| Diagnóstico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> <b>OTRO EVISAP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>Por daño o enfermedad (especificar):</p> <p>Brote de ETA - Enfermedad transmitida por alimentos</p> <p>Por diagnóstico sintomático:</p> <p><input type="checkbox"/> S. Febril</p> <p><input type="checkbox"/> S. Febril Ictérico Agudo</p> <p><input type="checkbox"/> S. Febril + manifest. Hemorrágicas</p> <p><input type="checkbox"/> S. Febril Respiratorio Agudo</p> <p><input type="checkbox"/> S. Febril + manifest. Neurológicas</p> <p><input type="checkbox"/> S. Febril con Erupción Dérmica</p> <p><input type="checkbox"/> S. Diarrea Agudo</p> <p><input type="checkbox"/> S. Úlcera Cutánea Necrótica</p> <p><input type="checkbox"/> S. Febril Anémico Agudo</p> <p><input type="checkbox"/> Muerte no explicada post síndrome febril</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Síndrome (especificar):</p> <p>Brote de S. _____</p> |                              |                              |
| <p>Agente etiológico más probable: <i>d/o Staphylococcus aureus</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                              |
| III. LABORATORIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                              |
| <p>Toma de muestra: <input checked="" type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Se desconoce    <input type="checkbox"/> No aplica</p>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                              |
| IV. DATOS DE LA POBLACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                              |
| Población en localidad afectada:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 200 habitantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Total de personas afectadas: | 20 afectados                 |
| Total de hospitalizados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10 hospitalizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Total de defunciones:        | 0 fallecidos                 |
| Grupos de edad más afectados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 0-4 años <input type="checkbox"/> 5-9 años <input type="checkbox"/> 10-14 años <input type="checkbox"/> 15-19 años <input checked="" type="checkbox"/> 20-24 años <input type="checkbox"/> 25-29 años <input type="checkbox"/> 30-34 años <input type="checkbox"/> 35-39 años <input type="checkbox"/> 40-49 años <input type="checkbox"/> 50-54 años <input type="checkbox"/> > 65 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                              |
| V. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                              |
| <p>Se realizó una actividad escolar vendiéndose hamburguesas con mayonesa. Asistieron alumnos del colegio y sus familiares. Cuadro clínico: fiebre, vómitos y deshidratación. Se atendió en este ES y en el Hospital de Iberia con quien se realizó inspección. Se obtuvieron muestras de hisopado rectal de 02 hospitalizados.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                              |
| VI. DATOS DE LA PERSONA QUE NOTIFICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                              |
| Persona que notifica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Dr. Alexander Magno Olivera Estrada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                              |
| Correo electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | epidemia@dge.gob.pe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Teléfono celular:            | 984 336587                   |
| Teléfono fijo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 084-256 347, del C.S.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Teléfono comunitario:        | 084- 854795, CP Flor de Acre |
| Frecuencia de Radio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 12.500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Indicativo:                  | cinco - dos (5 - 2)          |



F. GONZALES R.

**DIRECTIVA SANITARIA 047-MINSA/DGE-V-01**  
**"DIRECTIVA SANITARIA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA"**

**Ejemplo 2: Notificación de un brote de Síndrome icterico febril**

| FICHA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVISAP                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I. FECHA Y UBICACIÓN DEL EVENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Fecha de Notificación:                                                                                                                                                                                                                                                                      | 15/04/2009                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Hora:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 13:45:00                                                                                                                                                                                                                        | Fecha de Inicio del evento: | 09/04/2009                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 | Hora:                       | 23:00:00                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                               | Amazonas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Provincia:                                                                                                                                                                                                                      | Condorcanqui                |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Río Santiago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Localidad:                                                                                                                                                                                                                      | Comunidad Nativa Kunentsa   |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Institución que notifica:                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Sanidades FFAA y PNP <input type="checkbox"/> Privados <input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| EE.SS. Próximo al evento                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CS <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nombre del EE.SS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | P.S. Aitam                                                                                                                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>II. DATOS DEL EVENTO: (Elija una opción de notificación)</b>                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Clasificación:                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> BROTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> EPIZOOTIA                                                                                                                                                                                              |                             | <input type="checkbox"/> OTRO EVISAP                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Por daño o enfermedad (especificar):<br>Brote de:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Rabia urbana<br><input type="checkbox"/> Rabia silvestre<br><input type="checkbox"/> Influenza aviar<br><input type="checkbox"/> Carbunco (antrax) animal<br><input type="checkbox"/> Otras epizootias |                             | Emergencia / desastre natural<br><input type="checkbox"/> Huayco<br><input type="checkbox"/> Terremoto<br><input type="checkbox"/> Inundación<br><input type="checkbox"/> Vientos huracanados<br><input type="checkbox"/> Otros (especificar):                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Por diagnóstico sindrómico:<br><input type="checkbox"/> S. Febril<br><input checked="" type="checkbox"/> S. Febril Ictérico Agudo<br><input type="checkbox"/> S. Febril + manifest. Hemorrágicas<br><input type="checkbox"/> S. Febril Respiratorio Agudo<br><input type="checkbox"/> S. Febril + manifest. Neurológicas<br><input type="checkbox"/> S. Febril con Erupción Dérmica<br><input type="checkbox"/> S. Diarreico Agudo<br><input type="checkbox"/> S. Úlcera Cutánea Necrótica<br><input type="checkbox"/> S. Febril Anémico Agudo<br><input type="checkbox"/> Muerte no explicada post síndrome febril<br><input type="checkbox"/> Otro Síndrome (especificar): |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tipo de animales afectados:<br>_____                                                                                                                                                                                            |                             | Emergencia / desastre antrópico<br><input type="checkbox"/> Incendio<br><input type="checkbox"/> Intoxicación por sustancias<br><input type="checkbox"/> Accidentes de tránsito<br><input type="checkbox"/> Conflicto social<br><input type="checkbox"/> Otros (especificar): |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Brote de S. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Total de animales afectados:<br>afectados: _____ muertos: _____                                                                                                                                                                 |                             | _____                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Agente etiológico más probable: <i>Se desconoce aún</i>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>III. LABORATORIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Toma de muestra: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No aplica                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>IV. DATOS DE LA POBLACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Población en localidad afectada:                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 106 habitantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Total de personas afectadas:                                                                                                                                                                                                    |                             | 11 afectados                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Total de hospitalizados:                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 11 hospitalizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Total de defunciones:                                                                                                                                                                                                           |                             | 2 fallecidos                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Grupos de edad más afectados:                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 5 - 9 años <input type="checkbox"/> 15 - 19 años <input type="checkbox"/> 25 - 29 años <input type="checkbox"/> 35 - 39 años <input type="checkbox"/> 50 - 54 años<br><input type="checkbox"/> 0-4 años <input type="checkbox"/> 10 - 14 años <input checked="" type="checkbox"/> 20 - 24 años <input type="checkbox"/> 30 - 34 años <input type="checkbox"/> 45 - 49 años <input type="checkbox"/> > 65 años |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>V. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Personas nativas que laboran en el rancho de café. Se consideran como casos probables de fiebre amarilla. Se conformó y desplazó una brigada hacia la zona afectada el 11/04/2009. Se trasladaron biológicos (vacuna antiamarilla), medicamentos e insumos para la toma de muestras.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>VI. DATOS DE LA PERSONA QUE NOTIFICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Persona que notifica: <u>Lic. Florencia López Obregón</u>                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Correo electrónico: <u>epiameza@dge.gob</u>                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Teléfono celular: <u>984 584796</u>                                                                                                                                                                                             |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Teléfono fijo: <u>041- 234 567</u>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Teléfono comunitario: <u>No tiene.</u>                                                                                                                                                                                          |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Frecuencia de Radio: <u>41 600</u>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Indicativo de Radio: <u>ATTAM</u>                                                                                                                                                                                               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |



**DIRECTIVA SANITARIA 047 -MINSADGE-V-01**  
**"DIRECTIVA SANITARIA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA"**

**Ejemplo 3: Notificación de una epizootia**

| FICHA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVISAP                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I. FECHA Y UBICACIÓN DEL EVENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Fecha de Notificación:                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 16/03/2009                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Hora:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 10:45:00                                                                                                                                                                                                                                   | Fecha de Inicio del evento:                              | 17/03/2009                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            | Hora:                                                    | 05:00:00                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Huánuco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Provincia:                                                                                                                                                                                                                                 | Leoncio Prado                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Mariano Dámaso Beraún                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Localidad:                                                                                                                                                                                                                                 | Caserío 3 de Mayo                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Institución que notifica:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Sanidades FFAA y PNP <input type="checkbox"/> Privados <input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| EE.SS. Próximo al evento:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> PS <input checked="" type="checkbox"/> CS <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nombre del EE.SS.                                                                                                                                                                                                                          | C.S. Tambillo Grande                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>II. DATOS DEL EVENTO: (Elija una opción de notificación)</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Clasificación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> BROTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> EPIZOOTIA                                                                                                                                                                                                         |                                                          | <input type="checkbox"/> OTRO EVISAP                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Por daño o enfermedad (especificar):<br>Brote de:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Rabia urbana<br><input type="checkbox"/> Rabia silvestre<br><input type="checkbox"/> Influenza aviar<br><input type="checkbox"/> Carbunco (antrax) animal<br><input checked="" type="checkbox"/> Otras epizootias |                                                          | Emergencia / desastre natural<br><input type="checkbox"/> Huayco<br><input type="checkbox"/> Terremoto<br><input type="checkbox"/> Inundación<br><input type="checkbox"/> Vientos huracanados<br><input type="checkbox"/> Otros (especificar):                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Por diagnóstico sintomático:<br><input type="checkbox"/> S. Febril<br><input type="checkbox"/> S. Febril Idéntico Agudo<br><input type="checkbox"/> S. Febril + manifest. Hemorrágicas<br><input type="checkbox"/> S. Febril Respiratorio Agudo<br><input type="checkbox"/> S. Febril + manifest. Neurológicas<br><input type="checkbox"/> S. Febril con Erupción Dérmica<br><input type="checkbox"/> S. Diarreico Agudo<br><input type="checkbox"/> S. Úlcera Cutánea Necrótica<br><input type="checkbox"/> S. Febril Anémico Agudo<br><input type="checkbox"/> Muerte no explicada post síndrome febril<br><input type="checkbox"/> Otro Síndrome (especificar): |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tipo de animales afectados:<br>monos                                                                                                                                                                                                       |                                                          | Emergencia / desastre antrópico<br><input type="checkbox"/> Incendio<br><input type="checkbox"/> Intoxicación por sustancias<br><input type="checkbox"/> Accidentes de tránsito<br><input type="checkbox"/> Conflicto social<br><input type="checkbox"/> Otros (especificar): |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Brote de S.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Total de animales afectados:<br>afectados: 3    muertos: 3                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Agente etiológico más probable: Virus rabia                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>III. LABORATORIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Toma de muestra: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No aplica                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>IV. DATOS DE LA POBLACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Población en localidad afectada:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 60 habitantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Total de personas afectadas:                                                                                                                                                                                                               |                                                          | 0 afectados                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Total de hospitalizados:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0 hospitalizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Total de defunciones:                                                                                                                                                                                                                      |                                                          | 0 fallecidos                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Grupos de edad más afectados:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 0-4 años <input type="checkbox"/> 5-9 años <input type="checkbox"/> 10-14 años <input type="checkbox"/> 15-19 años <input type="checkbox"/> 20-24 años <input type="checkbox"/> 25-29 años <input type="checkbox"/> 30-34 años <input type="checkbox"/> 35-39 años <input type="checkbox"/> 40-49 años <input type="checkbox"/> 50-54 años <input type="checkbox"/> > 65 años |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>V. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Se hallaron 03 monos muertos la madrugada del 16 de marzo del 2009 en la parcela de un poblador. Los monos presentaban saliva espumosa en la boca. Se obtuvieron muestras del cerebro de los animales y se enviaron al INS. Se procedió a la vacunación de los dueños de la parcela porque fueron mordidos.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>VI. DATOS DE LA PERSONA QUE NOTIFICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Persona que notifica:                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lic. Olga Salas Nepo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Correo electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | epitingo@dgc.gob.pe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                            | Teléfono celular: 962 154785                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Teléfono fijo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 062-458712 del C.S. Tambillo Grande                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                            | Teléfono comunitario: 062-252627 del CPM Tambillo Grande |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Frecuencia de Radio:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | No cuenta con radio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                            | Indicativo de Radio:                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                               |



F. GONZALES R.

**DIRECTIVA SANITARIA 047-MINSA/DGE-V-01**  
**"DIRECTIVA SANITARIA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA"**

**Ejemplo 4: Notificación de otros EVISAP**

| <b>FICHA DE NOTIFICACIÓN DE BROTES, EPIDEMIAS Y OTROS EVISAP</b>                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I. FECHA Y UBICACIÓN DEL EVENTO</b>                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Fecha de Notificación:                                                                                                                                                                                             | 06/12/2008                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Hora:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 9:15:00                                                                                                                                                                                                                         | Fecha de Inicio del evento:        | 06/12/2008                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 | Hora:                              | 03:00:00                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Departamento:                                                                                                                                                                                                      | Ayacucho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Provincia:                                                                                                                                                                                                                      | Huamanga                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Distrito:                                                                                                                                                                                                          | Ayacucho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Localidad:                                                                                                                                                                                                                      | Huamanga                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Institución que notifica:                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input checked="" type="checkbox"/> Sanidades FFAA y PNP <input type="checkbox"/> Privados <input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| EE.SS. Próximo al evento                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CS <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nombre del EE.SS.                                                                                                                                                                                                               | Hospital de la Policía de Ayacucho |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>II. DATOS DEL EVENTO: (Elija una opción de notificación)</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Clasificación:                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> <b>BROTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>EPIZOOTIA</b>                                                                                                                                                                                       |                                    | <input type="checkbox"/> <b>OTRO EVISAP</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                    | <b>Por daño o enfermedad (especificar):</b><br>Brote de: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Rabia urbana<br><input type="checkbox"/> Rabia silvestre<br><input type="checkbox"/> Influenza aviar<br><input type="checkbox"/> Carbunco (antrax) animal<br><input type="checkbox"/> Otras epizootias |                                    | <b>Emergencia / desastre natural</b><br><input type="checkbox"/> Huayco<br><input type="checkbox"/> Terremoto<br><input type="checkbox"/> Inundación<br><input type="checkbox"/> Vientos huracanados<br><input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____                                           |
|                                                                                                                                                                                                                    | <b>Por diagnóstico sintromático:</b><br><input type="checkbox"/> S. Febril<br><input type="checkbox"/> S. Febril tóxico Agudo<br><input type="checkbox"/> S. Febril + manifest. Hemorrágicas<br><input type="checkbox"/> S. Febril Respiratorio Agudo<br><input type="checkbox"/> S. Febril + manifest. Neurológicas<br><input type="checkbox"/> S. Febril con Erupción Dérmica<br><input type="checkbox"/> S. Diarreico Agudo<br><input type="checkbox"/> S. Úlcera Cutánea Necrótica<br><input type="checkbox"/> S. Febril Anémico Agudo<br><input type="checkbox"/> Muerte no explicada post síndrome febril<br><input type="checkbox"/> Otro Síndrome (especificar): _____<br>Brote de S. _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Tipo de animales afectados:</b><br>_____                                                                                                                                                                                     |                                    | <b>Emergencia / desastre antrópico</b><br><input type="checkbox"/> Incendio<br><input type="checkbox"/> Intoxicación por sustancias<br><input checked="" type="checkbox"/> Accidentes de tránsito<br><input type="checkbox"/> Conflicto social<br><input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ |
|                                                                                                                                                                                                                    | <b>Diagnóstico:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Total de animales afectados:</b><br>_____ afectados    _____ muertos                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Agente etiológico más probable:</b> _____                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>III. LABORATORIO:</b>                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Toma de muestra: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input checked="" type="checkbox"/> No aplica                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>IV. DATOS DE LA POBLACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Población en localidad afectada:                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 100 habitantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Total de personas afectadas:                                                                                                                                                                                                    |                                    | 19 afectados                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Total de hospitalizados:                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 7 hospitalizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Total de defunciones:                                                                                                                                                                                                           |                                    | 2 fallecidos                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Grupos de edad más afectados:                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 5 - 9 años <input type="checkbox"/> 15 - 19 años <input type="checkbox"/> 25 - 29 años <input type="checkbox"/> 35 - 39 años <input type="checkbox"/> 50 - 54 años<br><input type="checkbox"/> 0 - 4 años <input type="checkbox"/> 10 - 14 años <input type="checkbox"/> 20 - 24 años <input checked="" type="checkbox"/> 30 - 34 años <input type="checkbox"/> 45 - 49 años <input type="checkbox"/> > 65 años |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>V. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:</b>                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 19 efectivos policiales se trasladaban de madrugada en un camión portatropa con destino al VRAE y se precipitó hacia el abismo. Los fallecidos y heridos fueron trasladados al Hospital de la Policía de Huamanga. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>VI. DATOS DE LA PERSONA QUE NOTIFICA:</b>                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Persona que notifica:                                                                                                                                                                                              | Dra. Dora Díaz Pérez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Correo electrónico:                                                                                                                                                                                                | rbisagdg@yahoo.es                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 | Teléfono celular:                  | 066-966 347 894                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Teléfono fijo:                                                                                                                                                                                                     | 066-321056, del Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Teléfono comunitario:                                                                                                                                                                                                           |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Frecuencia de Radio:                                                                                                                                                                                               | 85 200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Indicativo de Radio: ocho - siete 8 - 7                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



F. GONZALES R.



# Resolución Ministerial

Lima, 28 de JUNIO del 2012.

Visto el Expediente N° 12-054420-001, que contiene el Memorandum N° 1037-2012-DGE-DVE-DSARES/MINSA de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud;

## CONSIDERANDO:

Que, en el artículo 25° de la Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud, establece que la Oficina General de Epidemiología, ahora Dirección General de Epidemiología está a cargo del diseño, asesoramiento y evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que incluye proponer las normas y conducir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, para analizar permanentemente la tendencia de las enfermedades, los condicionantes de la enfermedad y la respuesta social para su prevención y control;

Que, en el artículo 58° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la Dirección General de Epidemiología tiene como función detectar oportunamente la ocurrencia de brotes epidémicos e incremento de riesgos para la salud de las personas, y tomar acciones para su prevención y control. Asimismo Identificar y definir situaciones de emergencias sanitarias, determinar la magnitud de la contingencia y coordinar la respuesta según niveles de complejidad, informando a la Alta Dirección;

Que, en el Perú, cada año, se notifican alrededor de 120 brotes, epidemias u otros eventos de salud pública que afecta a cientos o miles de personas a causa de distintos procesos infecciosos o eventos;

Que, siendo los brotes y epidemias eventos de salud pública que tienen gran impacto en la morbilidad y/o mortalidad de la población afectada es necesario su notificación de manera oportuna para la implementación inmediata de medidas de control;

Que, el 15 de junio del 2007 entró en vigencia el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (2005), en la que recomiendan a los países, el mejoramiento de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta;



Estando a lo propuesto por la Dirección General de Epidemiología;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Epidemiología, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud;

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8º de la Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1º.-** Aprobar la Directiva Sanitaria N°047- MINSA/DGE-V.01, "Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública".

**Artículo 2º.-** Encargar a la Dirección General de Epidemiología la difusión y seguimiento del cumplimiento de la citada Directiva Sanitaria.

**Artículo 3º.-** La Dirección de Salud y las Direcciones Regionales de Salud o quién haga sus veces a nivel Nacional, son los responsables de la difusión, implementación, supervisión y aplicación de la Directiva Sanitaria, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

**Artículo 4º.-** La Oficina General de Comunicaciones se encargará de la publicación de la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/portada/transparencia/normas.asp> del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

  
**CARLOS ALBERTO TEJADA NORIEGA**  
Ministro de Salud



P. MINAYA



D. CESPEDES M.



D. Suárez



F. GONZALES R.