

Coordinación del Reglamento Sanitario Internacional en Puntos de Entrada (CRESIPE) Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Ministerio de Salud	Instructivo - Planilla de notificación de Eventos de Potencial Importancia para la Salud Pública en Puntos de Entrada	IT	01
		Versión	00
		Fecha de entrada en vigencia	01-12-17
		Fecha de revisión	01-12-17
		Página 1 de 3	

1. Objeto

Este instructivo proporciona lineamientos mínimos para el llenado de la “Planilla de notificación de Eventos de Potencial Importancia para la Salud Pública en Puntos de Entrada” (F-01).

2. Alcance

La “Planilla de notificación de Eventos de Potencial Importancia para la Salud Pública en Puntos de Entrada” (F-01), será el único instrumento de registro para la notificación de los EPISPE en PdE.

3. Responsables

Actividad	Responsable
Supervisar y coordinar el cumplimiento de este instructivo	DSFyTT
Capacitar al personal	DSFyTT - CRESIPE
Mantener actualizado el instructivo	CRESIPE

4. Contenido

4.1. Completar: **Fecha, Unidad Sanitaria interviniente y Punto de Entrada.**

4.2. Completar: **Punto 1.- DESCRIPCION DEL EVENTO.**

- i. **Tipo:** marcar con una cruz el **tipo** de evento: infeccioso, químico, radionuclear u otro (en este último caso, detallar tipo de evento en el mismo casillero, por ejemplo: desconocido, atentado, accidente, desastre, enfermedad animal, etc.).
- ii. **Síndrome:** marcar con una cruz el **síndrome** identificado en el evento (Figura 1). Los síndromes a notificar son:
 - **Sme. Respiratorio Agudo**
 - **Sme. Febril Exantemático**
 - **Sme. Neurológico Agudo/Parálisis Fláccida**
 - **Sme. Febril Agudo Icterohemorrágico**
 - **Sme. Diarreico agudo**
 - **Otro**

En el caso de marcar la opción: “Otro”, describirlo.

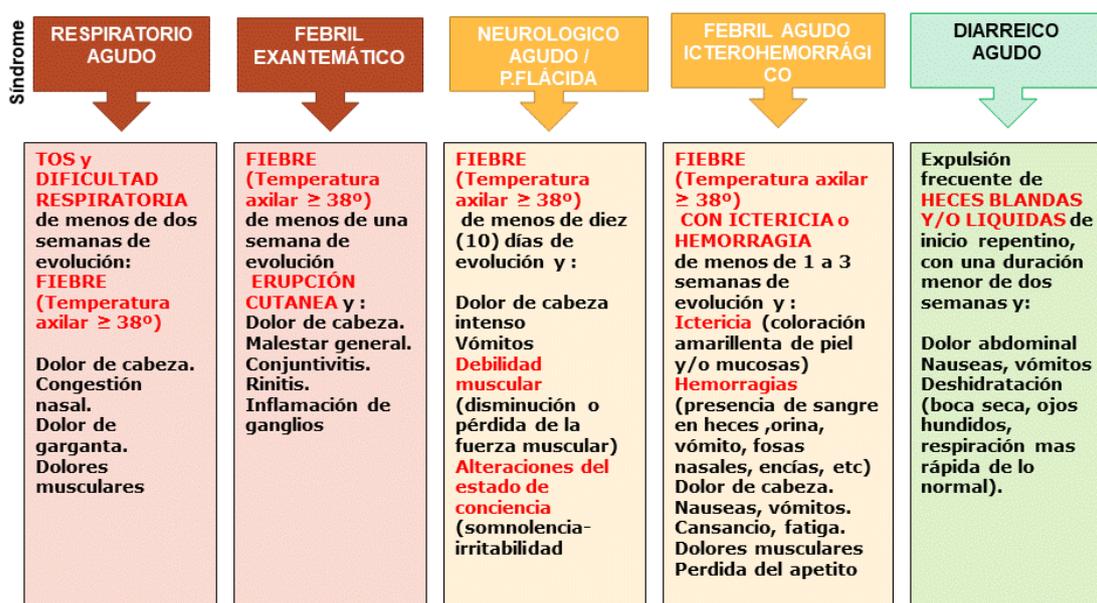


Figura 1 - Clasificación sindrómica

Coordinación del Reglamento Sanitario Internacional en Puntos de Entrada (CRESIPE) Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Ministerio de Salud	Instructivo - Planilla de notificación de Eventos de Potencial Importancia para la Salud Pública en Puntos de Entrada	IT	01
		Versión	00
		Fecha de entrada en vigencia	01-12-17
		Fecha de revisión	01-12-17
		Página 2 de 3	

La *vigilancia sindrómica* se sirve de la agrupación de enfermedades que tienen similitud de signos y síntomas, fisiopatología común y etiología diversa, y está orientada a detectar rápidamente la presencia de brotes o eventos que pongan en riesgo la salud pública nacional e internacional, considerando aquellas enfermedades ya conocidas así como las emergentes.

NOTA: Cuando se notifiquen eventos que afecten a personas, esta planilla se deberá acompañar de los datos de contacto de la/s persona/s afectada/s, su historia de viaje y la Declaración de Salud del Viajero de los contactos.

- i. **Inicio / Fin del evento:**
 - a. Indicar la **fecha de inicio** del evento.
 - b. Indicar la **fecha de finalización** del evento. (NOTA: Este ítem puede quedar en blanco).

4.3. Completar: **Punto 2. MEDIO DE TRANSPORTE.**

- i. **Tipo:** marcar con una cruz el tipo de medio de transporte afectado, en caso de marcar la opción "Otro", detallarlo.
- ii. **Finalidad:** marcar con una cruz la **finalidad** de medio de transporte afectado, en caso de marcar la opción "Otro", detallarla.
- iii. **Afectado (Si/No):** indicar "Si" o "No" (se considera afectado el medio de transporte que está contaminado o es portador de una fuente de infección/contaminación, de modo que constituya un potencial riesgo para la salud pública).
- iv. **Identificación del medio de transporte:** indicar los datos de IMO, patente, vuelo, etc.
- v. **Procedencia / Próximo destino:** indicar ciudad y país de **procedencia** (a) y **próximo destino** (b) del medio de transporte.
- vi. **Arribo / Partida:** indicar fecha de arribo y fecha de partida del medio de transporte.
- vii. **Operador:** indicar Razón social, Teléfono y Email (datos de contacto) de la *empresa responsable del medio de transporte*.

4.4. Completar: **Punto 3. PUNTO DE ENTRADA.**

Campo optativo. Sólo completar si el evento afectó a las instalaciones del PdE.

- i. **Tipo:** marcar con una cruz qué **tipo** de punto de entrada: puerto, aeropuerto, paso fronterizo terrestre.
- ii. **Afectado (Si/No):** indicar "Si" o "No" (se considera afectado cuando está contaminado o es portador de una fuente de infección/contaminación, de modo que constituya un potencial riesgo para la salud pública).

4.5. Completar: **Punto 4. PASAJERO/ TRIPULANTES / PERSONAL DE PdE.**

Campo optativo. Sólo completar si el evento afectó a personas.

- i. **Afectados / Totales:** Indicar en números la cantidad de:
 - a. **Pasajeros:** totales, afectados c/vida y fallecidos.
 - b. **Tripulantes:** totales, afectados c/vida y fallecidos.
 - c. **Personal de PdE:** totales, afectados c/vida y fallecidos.
- ii. **Derivación:** marcar con una cruz si se realizó la **derivación** de algún afectado, en caso de respuesta "Si", indicar el Medio de derivación, el nombre del Establecimiento al cual se derivó y teléfono del mismo.
- iii. **Diagnóstico definitivo:** marcar con una cruz si se realizó el diagnóstico definitivo, en caso de respuesta "Si", indicar el nombre del profesional por quien fue determinado y detallar dicho diagnóstico. **Si todavía no se conoce**, informar en los días posteriores los datos del seguimiento y el diagnóstico definitivo.

4.6. Completar: **Punto 5. MEDIDAS SANITARIAS RECOMENDADAS / REQUERIDAS**

- i. **Personas:** marcar con una cruz todas las medidas sanitarias recomendadas o requeridas para las **personas afectadas**. En el caso de marcar la opción: "Otro", describirla.

Coordinación del Reglamento Sanitario Internacional en Puntos de Entrada (CRESIPE) Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Ministerio de Salud	Instructivo - Planilla de notificación de Eventos de Potencial Importancia para la Salud Pública en Puntos de Entrada	IT	01
		Versión	00
		Fecha de entrada en vigencia	01-12-17
		Fecha de revisión	01-12-17
		Página 3 de 3	

- ii. **Medio de transporte:** marcar con una cruz todas las medidas sanitarias recomendadas o requeridas para el **medio de transporte**. En el caso de marcar la opción: "Otro", describirla.
 - ii1. Indicar fecha en la que se aplica la medida sanitaria recomendada / requerida.
- iii. **Ambiente del PdE:** marcar con una cruz todas las medidas sanitarias recomendadas o requeridas para el **Medio ambiente del PdE**. En el caso de marcar la opción: "Otro", describirla.
 - iii1. Indicar fecha en la que se aplica la medida sanitaria recomendada / requerida.

4.7. Completar: **Punto 6. COMUNICACIONES REALIZADAS.**

- i. **Persona que reportó evento:** indicar nombre y cargo (ej.: Juan Pérez, capitán; Laura González, Personal de migraciones, etc.).
- ii. **Dependencias / Organismos que fueron notificados:** marcar con una cruz todas las opciones (puede ser más de una) que fueron notificadas. En el caso de marcar la opción: "Otro", describirla.

4.8. Completar: **Punto 7. INSPECTOR A CARGO.**

Campo obligatorio.

Indicar los datos del inspector a cargo (Nombre, Teléfono, Email).

4.9. Completar: **Punto 8. OBSERVACIONES.**

Campo optativo.

En caso de ser necesario, agregar todo otro dato que considere relevante.

5. Anexos (Formularios)

Anexo	Título	Formato	Archivo		Destino	Responsable
			Lugar	Tiempo		
F-01	Planilla de notificación de Evento de Potencial Importancia para la Salud Pública en Puntos de Entrada	Papel / electrónico	CRESIPE	Indefinido	Archivo	CRESIPE
			DSFyTT	Indefinido	Archivo	DSFyTT
			US	Por 6 meses posteriores a la notificación	Destrucción	US

6. Documentación relacionada

- POE-01: Notificación de Eventos de Potencial Importancia para la Salud Pública en Puntos de Entrada.
- Otros documentos fuera del SGC

PLANILLA DE NOTIFICACION DE EVENTOS DE POTENCIAL IMPORTANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA EN PUNTOS DE ENTRADA				Fecha			
				Unidad Sanitaria			
				Punto de Entrada			
1 DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD / EVENTO							
i.	Tipo	a.	Infecioso	c.	Radionuclear		
		b.	Químico	d.	Otro		
ii.	Síndrome	a.	Diarreico agudo	d.	Febril exantemático		
		b.	Neurológico agudo / Parálisis flácida	e.	Respiratorio agudo		
		c.	Febril agudo Icterohemorrágico	f.	Contaminación		
				g.	Intoxicación		
				h.	Otro		
iii.	Inicio / Fin del evento	a.	Fecha de inicio	b.	Fecha de finalización		
2 MEDIO DE TRANSPORTE							
i.	Tipo	a.	Aeronave	c.	Ómnibus		
		b.	Embarcación	d.	Otro		
ii.	Finalidad	a.	Carga	c.	Mixto		
		b.	Pasajeros	d.	Otro		
iii.	Afectado (Si/No)						
iv.	Identificación del medio de transporte	(IMO, patente, vuelo, etc.)					
v.	Procedencia / Próximo destino	a.	Procedencia	(Ciudad) (País)			
		b.	Próximo destino	(Ciudad) (País)			
vi.	Arribo / partida	a.1.	Fecha arribo	a.2.	Fecha partida		
vii.	Operador	Razón social		Email			
		Teléfono					
3 PUNTO DE ENTRADA							
i.	Tipo	a.	Puerto	c.	Paso de frontera terrestre		
		b.	Aeropuerto				
ii.	Afectado (Si/No)						
4 PASAJEROS / TRIPULANTES / PERSONAL DE PdE							
i.	Afectados / Totales	a.	N° Pasajeros	b.	N° Tripulantes	c.	N° Personal PdE
		a.1.	Totales	b.1.	Totales	c.1.	Totales
		a.2.	Afecta- dos c/vida	b.2.	Afecta- dos c/vida	c.2.	Afecta- dos c/vida
		a.3.	Falleci- dos	b.3.	Falleci- dos	c.3.	Falleci- dos

ii.	Derivación	a.	No		b.1.	Medio de derivación		
		b.	Si			b.2.	Establecimiento	
					b.3.	Teléfono		
iii.	Diagnóstico definitivo	a.	No		b.1.	Determinado por		
		b.	Si		b.2.	Diagnóstico		
5 MEDIDAS SANITARIAS RECOMENDADAS / REQUERIDAS								
i.	Personas	a.	Examen médico		f.	Descontaminación		
		b.	Derivación		g.	Decl. Salud Viajero		
		c.	Aislamiento		h.	Rastreo de contactos		
		d.	Verificar Certificado de Vacunación/Exención		i.	Desembarco de cadáveres		
		e.	Examinar itinerario		j.	Otra/s		
		i.1.		Fecha de aplicación de las medidas				
ii.	Medio de transporte	a.	Inspección		e.	Examinar itinerario		
		b.	Desinfección		f.	Aislamiento		
		c.	Descontaminación		g.	Desratización		
		d.	Desinsectación		h.	Otra/s		
		ii.1.		Fecha de aplicación de las medidas				
iii.	Punto de Entrada	a.	Inspección		d.	Desinsectación		
		b.	Desinfección		e.	Desratización		
		c.	Descontaminación		f.	Otra/s		
		ii.1.		Fecha de aplicación de las medidas				
6 COMUNICACIONES REALIZADAS								
i.	Persona que reportó evento	Nombre						
		Cargo						
ii.	Dependencias / Organismos que fueron notificados	a.	Referente US		f.	Prefectura		
		b.	Aduana		g.	Gendarmería		
		c.	Autoridad PdE		h.	Migraciones		
		d.	Epidemiología local		i.	Otros		
		e.	DINESA					
7 INSPECTOR A CARGO								
Nombre								
Teléfono								
Email								
8 OBSERVACIONES								

Adjuntar a la planilla

- Datos de contacto de la/s persona/s afectada/s, su historia de viaje
- Declaración de Salud del Viajero de los contactos (F-07)
- Certificado de defunción, si aplica
- La documentación enviada por el medio de transporte para la solicitud de libre plática, si aplica
- Toda otra documentación, o información que considere relevante para el caso