**Reporte Simplificado para Notificación de Brotes Hospitalarios.**

**Evento**

Fecha del reporte: Servicio notificante:

Responsable del reporte:

Evento reportado:

Lugar de ocurrencia:

Departamento: Distrito:

**Características del evento:**

Fecha de inicio de evento:

Fecha del último caso captado:

N° de casos identificados:

Signos y síntomas más frecuentes presentados en los casos:

Edades de los afectados comprendidas entre:

Tratamiento médico de los pacientes:

Nº de hospitalizados durante el periodo del brote (población expuesta):

N° de fallecidos:

**Características comunes relevantes:**

**Datos del riesgo:**

**Mecanismo de transmisión: (seleccionar el/los mecanismos más probables)**

|  |  |
| --- | --- |
| Transmisión por contacto directo |  |
| Transmisión por contacto indirecto (objeto contaminado) |  |
| Transmisión por gotitas |  |
| Transmisión por aire |  |
| Transmisión por alimentos |  |
| Transmisión por agua |  |
| Transmisión por medicamentos |  |
| Transmisión por vectores |  |
| Transmisión por vía parenteral |  |
| Otro mecanismo de transmisión Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**Vehículo contaminado o fuente de infección sospechosa: (seleccionar las que se consideren más probables)**

|  |  |
| --- | --- |
| Pacientes |  |
| Objetos del entorno |  |
| Personal sanitario |  |
| Vectores |  |
| Familiares/visitantes |  |
| Medicamentos |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  Agua |  |
| Alimentos |  |
| Material diagnóstico terapéutico |  |
| Otros. Especificar |  |

Antecedentes de ocurrencia de otros eventos similares:

Muestras de microbiología realizadas (clínicas, hisopado rectal, ambientales) y resultados (en caso de aislamientos indicar microorganismos con antibiograma):

Debilidades halladas:

Acciones de control y prevención:

Tasa de ataque:

Tasa de letalidad:

Se requiere apoyo para:

Contactarse con:

 Nombre:

 Celular:

 Correo electrónico:

Fecha de cierre de brote si ya lo hubiere: