



PERÚ

Ministerio  
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,  
Prevención y Control de  
Enfermedades

## ENFERMEDAD DE CHAGAS

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA



COGIGO

Fecha conocimiento local  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_Fecha investigación  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_Fecha conocimiento DISA  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_Fecha conocimiento nacional  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## I. DATOS GENERALES

DISA \_\_\_\_\_

Fecha de notificación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del establecimiento \_\_\_\_\_

Tipo: Hosp. [ ] C.S. [ ] P.S. [ ]

UTES/UBAS/ZONADIS/RED \_\_\_\_\_

Inst. Administrativa: MINSA [ ] EsSalud [ ]

Notificación Regular Búsqueda Activa 

PNP [ ] FAA [ ] Priv. [ ] OTRO [ ]

Otro \_\_\_\_\_

## II. DATOS DEL PACIENTE

Nombres : \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo: M [ ] F [ ]

Estado civil: Soltero(a) [ ] Casado(a) [ ]

Conviviente [ ] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ]

Ocupación: Tiempo:

## NOMBRE DE ZONA

## III. DATOS DEL DOMICILIO

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

## TIPO DE VIA

PROVINCIA \_\_\_\_\_

## NOMBRE DE VIA

DISTRITO \_\_\_\_\_

## INT/DEP/LOTE

TIPO DE ZONA \_\_\_\_\_

Número /Km./Mz.

Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, contratante, etc.)

## IV. MIGRACION

Tiempo que reside en domicilio actual

\_\_\_\_ años

\_\_\_\_ meses

Si reside menos de 6 meses ¿Dónde vivía anteriormente?

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

## NOMBRE DE ZONA

PROVINCIA \_\_\_\_\_

## TIPO DE VIA

DISTRITO \_\_\_\_\_

## NOMBRE DE VIA

TIPO DE ZONA \_\_\_\_\_

## INT/DEP/LOTE

Número /Km./Mz.

Listado de localidades que el paciente visitó en los últimos 10 días

Viajó los últimos 6 meses? SI  NO 

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

## V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

Lugar probable de contagio:

Fecha probable de contagio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

DISTRITO \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_

Tiempo de permanencia en el lugar probable de contagio: Nº de días

Nº de meses

Nº de años

Existe "chirimacha" o "chinche" en su casa: Sí

No

Ignorado

Ha sido picado por una "chirimacha" o "chinche": Sí

No

Ignorado

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ha recibido transfusión de sangre sin control para la enfermedad de Chagas: Sí  
veces: \_\_\_\_

No

Ignorado

Cuántas

Fecha de la última transfusión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Antecedentes de tener madre seropositiva (positiva a dos pruebas serológicas distintas) para la enfermedad de Chagas:

Sí ( ) No ( ) Ignorado ( )

Existe otra (s) persona (s) con un cuadro similar en la casa del lugar donde se contagió: Si No Ignorado

Possible forma de transmisión: Vectorial Transfusional Vertical

## VI. CUADRO CLINICO

Sintomático ( ) Asintomático ( )

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ETAPA AGUDA

Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO
Fiebre	[ ]	[ ]	Hepatomegalia	[ ]	[ ]	Esplenomegalia	[ ]	[ ]
Miocarditis	[ ]	[ ]	Mialgias	[ ]	[ ]	Meningoencefalitis	[ ]	[ ]
Chagoma de inoculación	[ ]	[ ]	Signo de Romaña	[ ]	[ ]	Malestar general	[ ]	[ ]

### ETAPA CRONICA

Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO
Palpitaciones	[ ]	[ ]	Disfagia	[ ]	[ ]	Edema	[ ]	[ ]
Arritmia	[ ]	[ ]	Regurgitación	[ ]	[ ]	Soplo	[ ]	[ ]
Dolor precordial	[ ]	[ ]	Taquicardia	[ ]	[ ]	Tos	[ ]	[ ]
Hepatomegalia	[ ]	[ ]	Disnea	[ ]	[ ]	Odinofagia	[ ]	[ ]

## VII. HOSPITALIZACION

SI NO FECHA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ H.C. \_\_\_\_\_

Tiempo de Enfermedad al momento de hospitalización

Tiempo en ser trasladado al hospital desde su domicilio \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Ingreso: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

### Evolución:

#### Condición de Egreso

#### Alta / Recuperado

#### Fallecido

Dx \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Necroscopia SI NO  
Dx macroscópico \_\_\_\_\_  
Dx microscópico \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## VIII. MANEJO:

TRATAMIENTO: SI  NO

## IX. LABORATORIO

 [Para ser llenado por el responsable de diagnóstico de laboratorio]

Nombre del Laboratorio \_\_\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tipo de muestra Adecuada Inadecuada

Si no es adecuada, especificar:

MUESTRA	FECHA DE TOMA	FECHA DE ENVIO	FECHA DE LECTURA	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
Sangre	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	Gota fresca [ ] Cultivo [ ] Microhematocrito [ ]	
Suero	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	ELISA [ ] HAI [ ] IFI	

## VII. CLASIFICACION FINAL

CASO CONFIRMADO	FECHA DE CONFIRMACION	CASO DESCARTADO	CRITERIO DE DESCARTE	FECHA DE DESCARTE
Chagas Agudo	_____ / _____ / _____	Chagas Agudo		_____ / _____ / _____
Chagas crónico	_____ / _____ / _____	Chagas crónico		_____ / _____ / _____
Chagas congénito	_____ / _____ / _____	Chagas congénito		_____ / _____ / _____

Nombre de la persona que notifica: \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades**

Correo: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01-6314500

Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María Lima 11

INFOSALUD 0800-10828