

 PERÚ	Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	 HOSPITAL REGIONAL HUACHO	ENFERMEDAD DE CHAGAS FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA	 GOBIERNO REGIONAL DE HUACHO EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL
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: _____

<p>III. DATOS DEL DOMICILIO</p> <p>DEPARTAMENTO _____</p> <p>PROVINCIA _____</p> <p>DISTRITO _____</p> <p>TIPO DE ZONA _____</p>	<p>NOMBRE DE ZONA _____</p> <p>TIPO DE VIA _____</p> <p>NOMBRE DE VIA _____</p> <p>INT/DEP/LOTE _____</p> <p>Número /Km./Mz. _____</p>
---	--

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 _____ PROVINCIA _____ DISTRITO _____ TIPO DE ZONA _____	NOMBRE DE ZONA _____ TIPO DE VIA _____ NOMBRE DE VIA _____ 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 EPIDEMIOLÓGICOS

Lugar probable de contagio: _____ Fecha probable de contagio: ____/____/____

DEPARTAMENTO _____ DISTRITO _____

PROVINCIA _____ LOCALIDAD _____

Tiempo de permanencia en el lugar probable de contagio: N° de días _____ N° de meses _____ N° 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 ☐ No ☐ Ignorado ☐ Cuántas veces: _____

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
Posible 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 ____/____/____	Necropsia 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