

CÓDIGO \_\_\_\_\_ FECHA DE NOTIFICACIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE INVESTIGACIÓN DEL CASO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**I. DATOS GENERALES**

DISA: \_\_\_\_\_ Red: \_\_\_\_\_ Establecimiento notificante: \_\_\_\_\_  
Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( ) Vigilancia Comunal ( ) Seguimiento de contactos ( )

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( )  
Meses ( ) Si es menor de 1 año, anotar meses  
Días ( ) Si es menor de 1 mes, anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Domicilio actual**

Departamento: _____	Zona <sup>f</sup> : [ ] _____ (especificar nombre)
Provincia: _____	Vía <sup>g</sup> : [ ] _____ (especificar nombre)
Distrito: _____	Número / Km. / Mz.: _____
Localidad: _____	Int. / Dep. / Lote: _____
Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )	

**Para los residentes en otros países:**

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

**Establecer la fuente de infección**

**3.1. ¿En los últimos 3 días el agua que tomó, de donde la obtuvo?**

Del caño dentro de su casa ( ) Del caño público ( ) De un pozo ( ) De un río ( )  
De un "puquial" (manantial) ( ) De un camión cisterna ( ) Fue embotellada ( ) Otro \_\_\_\_\_

**3.2. ¿Almacena el agua de consumo doméstico? Sí ( ) No ( )**

**3.3. ¿En qué tipo de recipiente lo almacena?**

Tanque elevado ( ) Cilindro ( )  
Tanque bajo ( ) Otro \_\_\_\_\_

**3.4. Verificar si el agua está clorada a través del comparador (anotar el nivel de cloro): \_\_\_\_\_**

**3.5. Verificar si los recipientes tienen tapa \_\_\_\_\_**

**3.6. ¿En los últimos 3 días dónde ha consumido alimentos?**

Sólo los que han sido preparados en mi casa ( ) En un restaurante ( ) En un ambulante ( )  
En una pensión ( ) En un mercado ( ) Otro \_\_\_\_\_

**3.7. Para los menores de 2 años**

Ingiere leche en biberón ( ) Consume los mismos alimentos que los adultos en la casa ( )  
Recibe lactancia materna ( )

**3.8. La eliminación de las excretas se hace por:**

Red pública dentro de la vivienda (alcantarillado) ( )  
Red pública fuera de la vivienda, pero dentro del edificio (alcantarillado) ( ) Sin servicio ( )  
Pozo negro o ciego o silo/letrina ( ) Otro: \_\_\_\_\_

**3.9. ¿Algún miembro de su familia ha sufrido de diarrea en los últimos 3 días? Sí ( ) No ( )**

**IV. CUADRO CLÍNICO Y MANEJO** (Marque con una "X" los síntomas que presenta)

**Síntomas y signos**

Diarrea ( ) Fiebre ( ) Fecha de inicio de la diarrea \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dolor abdominal ( ) Cefalea ( ) Número de días de duración de la diarrea: \_\_\_\_\_

Náuseas ( ) Malestar General ( ) Consistencia de la deposición: \_\_\_\_\_

Vómitos ( ) Calambres ( ) Acuosa o líquida ( ) Grumosa ( ) Pastosa ( )

Artralgias ( )

<sup>f</sup> Códigos de Zona: [1] Urbanización, [2] Villa, [3] Cooperativa, [4] Proyecto Municipal de vivienda [5] PPJJ / AAHH [6] Otro

<sup>g</sup> Vía: [1] Avenida, [2] Calle, [3] Pasaje, [4] Jirón, [5] Otro

<b>Características de la diarrea:</b>				Nº Historia Clínica: _____		
Tipo de diarrea:		EDA acuosa ( )	EDA disentérica ( )	EDA persistente ( )		
Presencia de:		Moco ( )	Sangre ( )	Moco y sangre ( )	Número de deposiciones por día: _____	
<b>Clasificación de la diarrea:</b>						
Con deshidratación ( )		Sin deshidratación ( )				
Con deshidratación leve ( )		Con deshidratación moderada ( )		Con deshidratación grave ( )		Shock ( )
<b>Tratamiento:</b>						
Plan de tratamiento:		A ( )	B ( )	C ( )	Tratamiento antibiótico: Sí ( ) No ( )	
Antibiótico usado		Tetraciclina ( )	Cotrimoxasol ( )	Doxiciclina ( )	Ciprofloxacina ( )	
		Cloranfenicol ( )	Otro _____			
<b>Evolución del paciente:</b>						
Alta: Sí ( ) No ( )		Hospitalizado: Sí ( ) No ( )		Complicaciones: Sí ( ) No ( ) Ignorado ( )		
Fecha: ____ / ____ / ____		Fecha: ____ / ____ / ____				
<b>Complicaciones:</b>						
Shock hipovolémico ( )		Fallecido: Sí ( ) No ( )		Hora: _____		Fecha: ____ / ____ / ____
Acidosis ( )		Lugar de fallecimiento: En el establecimiento de salud ( )		En casa ( )		
Insuficiencia renal ( )		Transferencia: Sí ( ) No ( )				
Edema agudo de pulmón ( )		Para hospitalización ( )		Para diálisis ( )		
<b>V. LABORATORIO</b>						
Fecha de toma de muestra: ____ / ____ / ____		Fecha de envío al laboratorio ____ / ____ / ____				
Fecha de recepción en laboratorio: ____ / ____ / ____						
<b>Establecimiento de Salud</b>	<b>Muestra</b>	<b>Examen realizado</b>	<b>Resultado</b>		<b>Serogrupo</b>	<b>Serotipo</b>
			<b>Positivo</b>	<b>Negativo</b>		
	Heces ( )	Cultivo ( )		O1 ( )	Ogawa ( )	
	Suero ( )	Otro ( )	( )	O139 ( )	Inaba ( )	
	Vómitos ( )		( )		Hikojima ( )	
Otro microorganismo aislado: _____						
El caso de cólera fue confirmado por laboratorio: ( ) Nexo epidemiológico de un caso confirmado: ( )						
<b>VI. CLASIFICACIÓN</b> (Marque con una "X")						
Clasificación final del caso probable:				Fecha: ____ / ____ / ____		
Sospechoso ( )	Probable ( )	Confirmado ( )	Compatible ( )	Caso descartado [Anotar la causa] _____		
<b>VII. OBSERVACIONES</b>						
Nombre de la persona que investiga el caso: _____						
Cargo: _____ Firma: _____						

### Dirección General de Epidemiología - MINSA

Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01 - 631-4500

Ca. Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María - Lima

Dirección electrónica: [Http://www.dge.gob.pe](http://www.dge.gob.pe)

**INFOSALUD 0800-10828**

**Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica**