



Anexo: Ficha Clínico-Epidemiológica de Investigación de Difteria.



PERÚ	Ministerio de Salud	Viceministerio de Salud Pública	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE DIFERIA		
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN						
1. Fecha de notificación: _____	2. SE: _____					
3. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____	4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA					
5. EESS: _____	<input type="checkbox"/> FFAA/Sanidad					
6. Clasificación en la captación: <input type="checkbox"/> Confirmado	<input type="checkbox"/> Probable	<input type="checkbox"/> Sospechoso				
7. Tipo de captación (vigilancia): <input type="checkbox"/> Activa	<input type="checkbox"/> Pasiva	8. Lugar <input type="checkbox"/> Institucional	<input type="checkbox"/> Comunidad			
II. DATOS DEL PACIENTE						
9. Apellidos y nombres: _____	10. Nº Celular: _____					
11. Fecha de nacimiento: _____	12. Edad: _____	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Día		
13. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	14. Nº DNI/CE/Pasaporte: _____				
15. Domicilio actual: _____	16. Nacionalidad: _____					
17. Departamento: _____	18. Distrito: _____					
19. Provincia: _____	20. Localidad: _____					
21. Etnia : <input type="checkbox"/> Mestizo	<input type="checkbox"/> Andino	<input type="checkbox"/> Asiático descendiente				
<input type="checkbox"/> Afrodescendiente	<input type="checkbox"/> Indígena amazónico	<input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____				
22. Gestante <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	23. Semanas de gestación: _____				
III. SIGNOS Y SÍNTOMAS:						
24. Fecha de inicio: _____	25. T °C: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ignorado		
26. Fiebre o sensación de alza térmica.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
27. Dolor de garganta o al deglutar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
28. Faringitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
29. Laringitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30. Amigdalitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
31. Aumento de volumen en cuello		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32. Tos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
33. Presencia de placa (seudomembrana):	Orofaringe Nasal Traqueobronquial Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
34. Secreción nasal(mucosa o sanguinolenta)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
35. Lesión cutánea ulcerosa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
36. Disnea		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
IV. EVOLUCIÓN						
37. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ignorado	38. Antibiótico antes del ingreso: <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
Especificar antibiótico: _____						
si fue hospitalizado, complete la siguiente información:			39. Hospital: _____			
40. Fecha de hospitalización: _____			41. Tratamiento recibido: <input type="checkbox"/> Antibiótico	<input type="checkbox"/> Antitoxina		
Especificar antibiótico: _____						
42. Egreso del Hospital: <input type="checkbox"/> Recuperado	<input type="checkbox"/> Referido	<input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Con secuela _____			
43. Fecha de alta: _____			44. Fecha de defunción: _____			
45. Complicaciones (especifique): <input type="checkbox"/> Cardiacas	<input type="checkbox"/> Neurológicas	<input type="checkbox"/> Otros				

V. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

46. Lugar probable de infección (10 días previos al inicio de los síntomas, incluye viajes)

Lugar o institución o dirección	Localidad / Distrito	Provincia	Departamento	Permanecia (dias)

47. ¿Estuve en contacto con un posible caso de Difteria ? Si No Ignorado

48. ¿Sabe si hay casos similares en la zona? Si No Ignorado

49. Aislamiento domiciliario: Si No Ignorado 50. Fecha de aislamiento ____/____/____

51. Vacunación contra difteria Si No 52. Número de dosis 1º 2º 3º

53. Refuerzos: 1º 2º 54. Fecha de ultima dosis: ____/____/____

55. Censo de contactos domiciliarios:

Nombres y Apellidos	Edad	Sexo	Vacunado	Profilaxis
a) _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
b) _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
c) _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
d) _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
e) _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Fecha: ____/____/____	

Para el censo de contactos en centros laborales, de estudios u otros usar formato de censo ampliado de contactos

VI. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

56. Fecha de toma de muestra ____/____/____

57. Tipo de muestra: Hisopado Membrana

60. Fecha resultado

61. Recibió Antibiótico

62. Clasificación final

58. Cultivo ____/____/____

Si No

Confirmado

59. PCR ____/____/____

Si No

Descartado

VII. INVESTIGADOR

63. Persona que llena la ficha: _____

64. Cargo: _____

65. Firma y Sello: _____

66. Fecha de investigación: ____/____/____