




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 EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA		
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN							
1. Fecha de notificación: ____/____/____			2. SE: <input type="text"/>				
3. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____			4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> FFAA/Sanidad		<input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado		
5. EESS: _____							
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. N° 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. N° 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: <input type="text"/> <input type="text"/>				
III. SIGNOS Y SÍNTOMAS:							
24. Fecha de inicio: ____/____/____			25. T °C: _____				
26. Fiebre o sensación de alza térmica.			Si		No		
27. Dolor de garganta o al deglutir			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
28. Faringitis			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
29. Laringitis			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
30. Amigdalitis			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
31. Aumento de volumen en cuello			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
32. Tos			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
33. Presencia de placa (seudomembrana):			Orofaringe		Ignorado		
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
			Nasal		<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
			Traqueobronquial		<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
			Otros		<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
34. Secreción nasal (mucosa o sanguinolenta)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
35. Lesión cutánea ulcerosa			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
36. Disnea			<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:							
40. Fecha de hospitalización: ____/____/____			39. Hospital: _____				
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"/> Cardíacas <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	Permanencia (días)

47. ¿Estuvo 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. Numero de dosis

☐ 1° ☐ 2° ☐ 3°

53. Refuerzos:

☐ 1° ☐ 2°

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

*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

59. PCR

☐

____/____/____

☐ Si☐ No☐ Confirmado☐ Descartado**VII. INVESTIGADOR**

63. Persona que llena la ficha: _____

64. Cargo: _____

65. Firma y Sello _____

66. Fecha de investigación: ____/____/____