



## FICHA CLINICO EPIDEMIOLOGICA PARA LA VIGILANCIA E INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL EBOLA (EVE)



### I. DATOS GENERALES

Fecha de notificación    Fecha de investigación    SE

DIRESA/GERESA:  Red/Micro Red/Clas:

Institución de Salud:

MINSA      EsSalud      SANIDAD PNP      SANIDAD FUERZAS ARMADA      PRIVADO      OTRO

Establecimiento notificante

El caso fue captado por: Búsqueda activa: ( ) Atención en servicio: ( ) Otro (Especifique)

### II. DATOS DEL PACIENTE

Historia clínica  Teléfono paciente/familiar

A. Paterno      A. Materno      Nombres      DNI/Pasaporte      Fecha de Nacimiento      Edad      Sexo

Lugar de residencia habitual

País

Nacionalidad  Grupo étnico  Ocupación

Si es trabajador de salud, donde trabaja  Profesión

Ubicación del establecimiento de salud:

Departamento      Provincia      Distrito

Si es menor de edad indicar nombre de madre/padre/apoderado

### III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS (Establecer el lugar probable de infección)

Lugar donde inició los síntomas:

País que visitó en las últimas tres semanas

Fecha de ingreso al Perú    Vía de ingreso:

Aérea      Terrestre

Punto de entrada al País

Departamento      Provincia      Distrito

Realizó alguna escala durante el viaje Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar

Contacto con caso sospechoso o confirmado de EVE Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Asistió a un funeral de paciente con EVE Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contacto con animales silvestre: Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Especifique)

Contacto con animales muertos: Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Especifique)

Contacto con colonias de murciélagos: Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IV. DATOS CLINICOS

<b>Signos y síntomas (marcar con una X)</b>	<b>Fecha de inicio de síntomas</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Fiebre Si ( ) No ( )	Dolor de garganta Si ( ) No ( )	
Cefalea Si ( ) No ( )	Tos persistente Si ( ) No ( )	

Dolor de estómago	Si ( ) No ( )	Inyección conjuntival	Si ( ) No ( )
Anorexia	Si ( ) No ( )	Dificultad respiratoria	Si ( ) No ( )
Vómitos	Si ( ) No ( )	Petequias	Si ( ) No ( )
Diarrea	Si ( ) No ( )	Equimosis	Si ( ) No ( )
Dolor muscular	Si ( ) No ( )	Epistaxis	Si ( ) No ( )
Dolor de articulaciones	Si ( ) No ( )	Gingivorragias	Si ( ) No ( )
Erupción cutánea	Si ( ) No ( )	Melena	Si ( ) No ( )
Hepatomegalia	Si ( ) No ( )	Temperatura:	<input type="text"/>
Esplenomegalia	Si ( ) No ( )	Otros:.....	

Fecha de inicio de la fiebre

#### V. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra

Tipo de muestra: Sangre ( ) Suero ( ) Saliva ( ) Biopsia ( ) Otro:.....

Tipo de prueba:

Detección de Antígeno	Pos ( )	Neg ( )	Fecha resultado	<input type="text"/>
ELISA IgM	Pos ( )	Neg ( )	Fecha resultado	<input type="text"/>
ELISA IgG	Pos ( )	Neg ( )	Fecha resultado	<input type="text"/>
RT-PCR	Pos ( )	Neg ( )	Fecha resultado	<input type="text"/>
Aislamiento viral	Pos ( )	Neg ( )	Fecha resultado	<input type="text"/>

#### VI. EVOLUCION

El caso fue hospitalizado: Si ( ) No ( ) Fecha de hospitalización

Nombre del Hospital:

Se encuentra en aislamiento: Si ( ) No ( )

Condición del caso: Alta ( ) Fallecido ( ) Fecha defunción

#### VII. CLASIFICACION FINAL DEL CASO

( ) Sospechoso Probable ( ) Confirmado ( ) Descartado ( )

#### VIII. OBSERVACIONES


#### IX. DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA INVESTIGACION

Nombre:	
Cargo:	
Teléfono:	
Correo	

Firma y Sello