



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección General
de Epidemiología

**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**

Signos y síntomas (marcar con una X)

Fiebre Si () No ()Cefalea Si () No ()

Fecha de inicio de síntomas

Dolor de garganta

Tos persistente

 / / Si () No ()Si () No ()



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección General
de Epidemiología

Dolor de estómago	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()	Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()
Anorexia	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()	Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()
Vómitos	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()	Petequias	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()
Diarrea	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()	Equimosis	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()
Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()	Epistaxis	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()
Dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()	Gingivorragias	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()
Erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()	Melena	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()
Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> No ()	Temperatura:	<input type="text"/>
Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Si () <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Pos ()	<input type="checkbox"/> Neg ()	Fecha resultado <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ELISA IgM	<input type="checkbox"/> Pos ()	<input type="checkbox"/> Neg ()	Fecha resultado <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ELISA IgG	<input type="checkbox"/> Pos ()	<input type="checkbox"/> Neg ()	Fecha resultado <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
RT-PCR	<input type="checkbox"/> Pos ()	<input type="checkbox"/> Neg ()	Fecha resultado <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Aislamiento viral	<input type="checkbox"/> Pos ()	<input type="checkbox"/> Neg ()	Fecha resultado <input type="text"/> / <input type="text"/> / <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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

IX. DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA INVESTIGACION

Nombre:

Cargo:

Teléfono:

Correo

Firma y Sello