



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRESA - LIMA



FICHA DE INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CARRIÓN BARTONELOSIS

ESTABLECIMIENTO: _____ N° HIST. CLÍNICA: _____

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____ FECHA ENCUESTA: ____/____/____

APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE: _____

EDAD: ____ años ____ meses SEXO: Masc. () Femen. ()

Gestante: Si () No () FUR: ____/____/____ Edad Gestacional: ____ sem

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

TIEMPO DE RESIDENCIA: _____ OCUPACION: _____

Viaje a localidades o comunidades vecinas durante 1998

Fecha de viaje ____/____/____ Lugar: _____ Tiempo permanencia: _____

Fecha de viaje ____/____/____ Lugar: _____ Tiempo permanencia: _____

FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD: ____/____/____ FECHA INGRESO AL ESTUDIO: ____/____/____

T.E.: F.I.: Curso: O DE DIAGNOSTICO

SINTOMAS: (Marque con una X si el paciente refiere los siguientes síntomas)

Fiebre ()	Nauseas ()	Polipnea ()
Palidez ()	Vómitos ()	Tos ()
Cefalea ()	Hiporexia ()	Expectoración ()
Malestar general ()	Dolor abdominal ()	Dolor torácico ()
Mialgias ()	Hematoquesia ()	Disnea ()
Dolor articular ()	Melena ()	Cianosis ()
Astenia ()	Diarrea ()	Convulsiones ()
Prurito ()	Ictericia ()	Inyección conj. ()
Petequias ()	Disuria ()	Epistaxis ()
Equimosis ()	Polaquiuria ()	Cong.faringea ()
Escalofríos ()	Coluria ()	Odinofagia ()
Mareos ()	Epigastralgia ()	Fotofobia ()
Verrugas ()	Somnolencia ()	Exitac.psicom. ()
Lumbalgia ()		

FUNCIONES VITALES:

Temperatura:°C P.A.: ____/____ F.R.: ____ Pulso: ____ Peso: ____ Kg

SIGNOS:

GENERALES:	Si	No		Si	No
Lúcido	()	()	Estado general	(B) (R) (M)	
Orientado en tiempo	()	()	Estado de nutrición	(B) (R) (M)	
Orientado en espacio	()	()	Estado de Hidratación	(B) (R) (M)	
Orientado en persona	()	()			

PIEL:

Palidez: () Leve: () Moderada: () Severa: ()

Petequias: () Localización:

Equimosis: () Localización:

Lesiones eruptivas:

N°	LOCALIZACION (colocar el numero en el paréntesis)
Miliares ____	Cara () Cuello () Tronco () Ext.Super. () Ext.Infer. () Sangrante ()
Mulares ____	Cara () Cuello () Tronco () Ext.Super. () Ext.Infer. () Sangrante ()
Nodulares ____	Cara () Cuello () Tronco () Ext.Super. () Ext.Infer. () Sangrante ()

Observaciones:

TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO:

Sin alteraciones ()

Edema ()

Miembros inferiores ()

Miembros superiores ()

Palpebral ()

Lumbosacro ()

Otro: _____

GANGLIOS LINFATICOS:

Axilares: N° ____ Tamaño: ____ mm Móviles: () Dolorosos ()

Inguinales: N° ____ Tamaño: ____ mm Móviles: () Dolorosos ()

Cervicales: N° ____ Tamaño: ____ mm Móviles: () Dolorosos ()

Epitrocleares: N° ____ Tamaño: ____ mm Móviles: () Dolorosos ()

CABEZA:

Conjuntivas: Pálidas () Leve: (+/++) Moderada: (++) Severa: (++++)

Escleróticas: Ictéricas () Leve: (+/++) Moderada: (++) Severa: (++++)

Inyección conjuntival ()

Pupilas: CIRLA () Otros:

BOCA: Mucosa oral:

Faringe: Normal () Congestiva ()

-Amígdalas Normales () Hipertróficas () Otros:

Congestivas () Purulentas ()

OSTEOMUSCULAR:

Tono muscular:

Mialgias:

Lumbar ()	Dorsal ()	Brazos ()	Otros:
Muslos ()	Pantorrillas ()	Antebrazos ()	

Dolor articular

Hombro ()	Codos ()	Muñeca ()	Otros:
Cadera ()	Rodillas ()	Tobillos ()	

Artritis:

APARATO RESPIRATORIO:

Murmullo vesicular:

Soplos: ()

Crepitantes ()

Subcrepitantes ()

Sibilantes ()

Otros:

APARATO CARDIOVASCULAR:

Ruidos cardíacos:

Soplos:

Otros:

APARATO GASTROINTESTINAL:

Ruidos hidroaéreos:

Hígado:

Bazo:

Otros:

GENITOURINARIO:

Puntos renoureterales:

Percusión lumbar:

Edemas:

Otros:

NEUROLOGICO:

Estado de conciencia:

Pares craneales:

Convulsiones: ()

Babinsky: ()

Signos meníngeos:

ROT: ()

Sensibilidad:

Signos de focalización:

Otros:

HOSPITALIZADO: a) Si () b) No ()

Fecha de hospitalización: ____/____/____ Días de hospitalización: _____

CONDICION DE ALTA:

a) Curado () c) Transferido () e) Fallecido ()

b) Mejorado () d) Alta voluntaria ()

DIAGNÓSTICO CONSULTA EXTERNA O INGRESO: **DIAGNÓSTICO DE ALTA (Solo si fue hospitalizado)**

1.-

1.-

2.-

2.-

3.-

3.-

EVOLUCION:

SIGNO	FECHA: Mes: Año:.....											
Temperatura												
Hemoglobina												
Hematocrito												
Transfusiones (U)												
Frotis												
Hemocultivo (*)												

Antibióticos															
Penicilina ()															
Cloranfenicol ()															
Rifampicina ()															
Ciprofloxacina ()															
Eritromicina ()															
Cotrimoxazol ()															
Ceftriaxona ()															
Otros															

(*) Indicar si se tomó muestra ya que el resultado del cultivo demora hasta 40 días

() Colocar la dosis del antibiótico dentro del paréntesis

EXAMEN AUXILIAR	Mes..... Año:							
Grupo sanguíneo								
Plaquetas								
Hematies								
TGO								
TGP								
Fosfatasa alcalina								
Bilirrubina directa								
Bilirrubina Indirecta								
Bilirrubina total								
Urea								
Glucosa								
Creatinina								
Leucocitos totales								
Segmentados								
Abastondados								
Linfocitos								
Monocitos								
Eosinófilos								
Basófilos								
Blastos								
Aglutinaciones: Tífico " O "								
Tífico " H "								
Paratífico A								
Paratífico B								
Brucellas								