

**PERÚ****Ministerio de Salud****Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades****FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA EN BROTE DE POBLACIONES CERRADAS Y CASOS COMPLICADOS EN COMUNIDAD**

Caso probable: Toda persona con dolor a la palpación y/o aumento de volumen (hinchazón) en región de glándulas parótidas (unilateral o bilateral), que dura 2 o más días (generalmente hasta 10 días) con o sin fiebre.

Caso confirmado: a) Caso confirmado por clínica. Todo caso probable evaluado por un personal de salud. b) Caso confirmado por nexo epidemiológico, definido como el caso probable que estuvo expuesto a un caso confirmado por clínica o laboratorio durante su periodo de transmisibilidad.

Caso confirmado con complicaciones: Todo caso confirmado de parotiditis que presenta los siguientes diagnósticos: orquitis (hombres), mastitis, ooforitis (mujeres), disminución o pérdida de la audición, meningitis aséptica, encefalitis, pancreatitis o alguna otra condición con compromiso del estado general que requiera hospitalización; y en el contexto de brote o epidemia con un resultado positivo a una prueba de laboratorio.

Código de registro N°	Fecha de consulta	Fecha de conocimiento local del caso	Fecha de investigación (visita domiciliar)	Fecha de notificación de EE.SS a Red/Microrred	Fecha de notificación de Red/Microrred a Dirección Regional de Salud	Fecha de notificación de Dirección Regional de Salud/Dirección de Redes Integradas de Salud a CDC
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

1. EESS notificante:		2. DIRS/DIRESA/GERESA:	
3. Provincia:		4. Distrito:	
5. Localidad:			
6. Captación del caso: Consulta () Búsqueda institucional () Búsqueda de casos en comunidad () Investigación de contactos ()			
Casos reportados en la comunidad () Otros () Especificar: Desconocido ()			

II. DATOS DEL PACIENTE

7. Tipo documento: D.N.I () Carné de extranjería () Pasaporte () Otro (), Especificar:	8. N° documento:
9. Apellidos y Nombres:	
10. Fecha de nacimiento:	11. Edad: Años ()
12. Sexo: M () F ()	
13. Nacionalidad:	14. Etnia:
15. Gestante: Sí () No ()	16. Trimestre de gestación: I () II () III ()
Domicilio actual:	
17. Departamento:	21. Nombre de zona:
18. Provincia:	22. Tipo de vía (Av., Jr., Calle, Psj., Otro):
19. Distrito:	23. Nombre de vía:
20. Localidad:	24. Número/Km/Mz:
25. Referencia para localizar:	

PROCEDENCIA: 26. Departamento: 27. Provincia: 28. Distrito:

PARA POBLACIONES CERRADAS:

29. AÑO DE ESTUDIOS: 30. NOMBRE DE SECCION/ARMA/BATALLON/OTROS:

UBICACIÓN DE AMBIENTES COMUNES:

DORMITORIO: 31. N° PABELLON/CUADRA 32. N° RSO 33. N° HABITACION 34. N° CAMA

AULAS CLASES: 35. N° AULA

COMEDOR: 35. ¿Tiene lugar designado en el comedor? Sí No 36. ¿Los utensilios de mesa son propios? Sí No

SERVICIOS HIGIENICOS: 37. ¿Comparte servicios higiénicos? Sí No 38. ¿Comparte materiales de aseo? Sí No

III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN (ENTRE LOS 12 Y 25 DÍAS ANTES DEL INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS).

39. Localidad: 40. Provincia: 41. Distrito: 42. Departamento:

43. ¿En las últimas dos a cuatro semanas estuvo en contacto con caso de parotiditis (probable o confirmado)? Sí () No ()

44. Dónde - Fecha	45. Nombre del lugar	46. Dirección	47. N° contactos	
			Sanos	Enfermos
Casa: (/ /)				
Nido/guardería (/ /)				
Colegio (/ /)				
Escuela militar/policial (/ /)				
Universidad/Instituto (/ /)				
Centro de trabajo (/ /)				
Establecimiento de salud (/ /)				
Otro (especificar) (/ /)				

48. Tuvo contacto con gestante: Sí () No (), ¿en qué fecha? ¿dónde?

49. Trimestre de gestación en que sucedió el contacto: I () II () III ()

IV. CUADRO CLÍNICO

50. Fecha de inicio de síntomas: / / 51. ¿Presentó inflamación de glándulas parotidas? Sí () No ()
52. Fecha de inicio parotiditis: / / 53. N° de días de duración de parotiditis: () 54. Unilateral () Bilateral ()
55. Fecha de inicio fiebre: / / 56. N° de días de duración de fiebre: ()
57. Fecha de inicio malestar general: / / 58. N° de días de duración de malestar general: ()
59. Fecha de inicio dolor de cabeza: / / 60. N° de días de duración de dolor de cabeza: ()
61. Fecha de inicio de otros síntomas: / / 62. Cuál? _____ N° de días de duración de otro síntoma: ()

Inflamación de otras glándulas salivales

63. Glándulas submandibulares Si () No () 64. Glándulas sublinguales Si () No ()

65. Fecha de inicio de Aislamiento / /

Complicaciones

Fecha de inicio

66. Orquitis () / /
69. Ooforitis () / /
71. Pérdida de la audición () / /
73. Encefalitis () / /
75. Meningitis () / /
76. Otras complicaciones () / /

Especificar: _____

Hospitalización

67. Hospitalización: Sí () No () 68. H.C: _____

70. Nombre de establecimiento de salud: _____

72. Fecha de hospitalización: ____/____/____

74. N° de días de hospitalización ()

Defunción

77. Defunción: Sí () No ()

78. Fecha de defunción: / /

VI. LUGARES DE DESPLAZAMIENTO (2 DÍAS ANTES DEL INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS HASTA 5 DÍAS DESPUÉS).

Llenado de listado de contactos

79. Dónde - Fecha	80. Nombre del lugar	81. Dirección
Casa (/ /)		
Escuela militar/policial (/ /)		
Establecimiento de salud (/ /)		
Otro (especificar) (/ /)		

82. Tuvo contacto con gestante: Sí () No (), ¿en qué fecha? ¿dónde? _____

83. Trimestre de gestación en que sucedió el contacto: I () II () III ()

VI. ANTECEDENTES VACUNALES

84. ¿Paciente recibió vacuna con **SPR**? Sí () No () Ignorado ()

* Solo considerar dosis de vacunas documentadas en carné de vacunación, si no hubiera carné, investigar en archivos de establecimiento de salud donde se vacunó.

85. Fecha de última dosis: ____/____/____ 86. EE.SS donde se vacunó: _____ 87. N° Lote: _____

88. Número de dosis recibidas previas: _____

VII. CLASIFICACIÓN DEL CASO

	PROBABLE	CONFIRMADO	DESCARTADO
PAROTIDITIS SIN COMPLICACIONES	☐	☐	☐
PAROTIDITIS CON COMPLICACIONES	☐	☐	☐

VIII. INVESTIGADOR

89. Nombre del Investigador: _____

90. Cargo: _____ 91. Firma y Sello _____

92. Fecha de elaboración ____/____/____