

 PERÚ Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología	 HOSPITAL REGIONAL HUACHO	FIEBRE AMARILLA FICHA DE INVESTIGACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA	 HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO EPIDEMIOLOGIA Y SALUD MENTAL
---	--	--	---

Caso probable: Todo caso que inicia cuadro clínico, con fiebre de inicio agudo, seguido por ictericia dentro de las dos semanas de iniciado los primeros síntomas. Puede presentar manifestaciones hemorrágicas o signos de insuficiencia renal; procedente o residente de zona endémica de fiebre amarilla.

COGIGO	Fecha conocimiento local	Fecha investigación	Fecha conocimiento DISA	Fecha conocimiento nacional
--------	--------------------------	---------------------	-------------------------	-----------------------------

I. DATOS GENERALES

DISA _____ Fecha de notificación: ____/____/____

Nombre del establecimiento _____ Tipo: Hosp. [] C.S. [] P.S. []

UTES/UBAS/ZONADIS/RED _____ Inst. Administrativa: MINSA [] EsSalud []

PNP [] FAA [] Priv. [] OTRO []

Otro _____

Notificación Regular ☐ Búsqueda Activa ☐

II. DATOS DEL PACIENTE

Nombres : _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M [] F []

Estado civil: Soltero(a) [] Casado(a) [] Conviviente [] Separado(a) [] Viudo(a) []

Ocupación: _____ Tiempo: _____

DATOS DEL DOMICILIO	DATOS DEL DOMICILIO
DEPARTAMENTO _____	NOMBRE DE ZONA _____
PROVINCIA _____	TIPO DE VIA _____
DISTRITO _____	NOMBRE DE VIA _____
TIPO DE ZONA _____	INT/DEP/LOTE _____
	Número /Km./Mz. _____

Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, contratante, etc)

III. MIGRACION

Tiempo que reside en domicilio actual años meses

Si reside menos de 6 meses ¿Dónde vivía anteriormente?

DEPARTAMENTO _____	NOMBRE DE ZONA _____
PROVINCIA _____	TIPO DE VIA _____
DISTRITO _____	NOMBRE DE VIA _____
TIPO DE ZONA _____	INT/DEP/LOTE _____
	Número /Km./Mz. _____

Listado de localidades que el paciente visitó en los últimos 10 días

Hubo casos reportados / notificados en los últimos 10 días

A.- En los lugares visitados por el paciente SI ☐ NO ☐ IGN ☐ **C.- En su casa** SI ☐ NO ☐ IGN ☐

B.- En su comunidad SI ☐ NO ☐ IGN ☐ Cuantas personas viven en su casa _____

B.- Epizootias SI ☐ NO ☐

Viajó los últimos 6 meses? SI ☐ NO ☐

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

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

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

IV. CUADRO CLINICO

Síntomas y signos	SI	NO	IGN	FECHA	Síntomas y signos	SI	NO	IGN	FECHA
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Oliguria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Pulso lento en relación a la fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Proteinuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hemorragia nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Coluria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Melena / Hematemesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Petequias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____					
Diarreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____					

HOSPITALIZACIONSI ☐ NO ☐ FECHA ____ / ____ / ____ Hospital ____ H.C. ____

Tiempo de Enfermedad al momento de hospitalización ____ (en días)

Tiempo en ser trasladado al hospital desde su domicilio ____ Horas
Minutos

Diagnóstico de Ingreso: 1 ____ 2 ____

Evolución:**Condición de Egreso****Alta / Recuperado** ☐Dx ____
Fecha ____ / ____ / ____**Fallecido** ☐Necropsia SI ☐ NO ☐
Dx macroscópico ____
Dx microscópico ____
Fecha ____ / ____ / ____**V. ANTECEDENTE DE VACUNA ANTIAMARILICA** (Documentado con carné)Vacunado SI ☐ NO ☐ IGN ☐ ¿En qué establecimientos de salud fue vacunado ____

Nº dosis recibidas ____ Fecha (última dosis) ____ / ____ / ____

VI. LABORATORIO [Para ser llenado por el laboratorio]

Laboratorio que recepciona ____ Fecha ____ / ____ / ____

Tipo de muestra Adecuada ☐ Inadecuada ☐

Si no es adecuada, especificar: ____

VII. MUESTRA	FECHA DE TOMA	FECHA DE ENVÍO	PRUEBA REALIZADA	RESULTADOS
Biopsia	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
Serología	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
Hígado	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
Cultivos	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		

VIII. CLASIFICACION FINAL

Fecha ____ / ____ / ____

Fiebre Amarilla: CONFIRMADO <input type="checkbox"/>	POR: A LABORATORIO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DESCARTADO <input type="checkbox"/>	B ANATOMÍA PATOLÓGICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	C CLÍNICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Dx de Descarte

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE ____

Cargo ____ Firma ____

Dirección General de Epidemiología - MINSA
Correo: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01- 6314500
Daniel Olaechea 199 Jesús María Lima 11

INFOSALUD 0800-10828