



ENCUESTA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO INDIVIDUAL FIEBRE TIFOIDEA - PARATIFOIDEA - SALMONELLA sp.



I.- DEFINICIÓN DE CASO DE FIEBRE TIFOIDEA

A. CASO PROBABLE:

Todo paciente con fiebre y cuadro clínico sugestivo de la enfermedad detectado por el médico.

B. CASO CONFIRMADO:

* CLINICAMENTE. - Paciente con fiebre y cuadro clínico, que se acompaña de Aglutinaciones Típico "O" >1/160; Hemograma con la siguiente fórmula (Leuc. Normales o Disminuidos, desviación izquierda, Eosinófilos disminuidos o ausentes).

* ETIOLOGICAMENTE. - MIELOCULTIVO.

C. BROTE:

2 ó más casos a partir de fuente común o incremento inusual de casos calificado como brote a partir del sistema de Alertas.

II. FUENTE DE NOTIFICACIÓN Y DATOS DEL PACIENTE

1. Sub Región de Salud: _____ 1.1. Red: _____ 1.2 Establecimientos de Salud _____
 2. Apellidos y Nombres: _____ 2.1 Edad: _____ 2.2 Sexo: _____ 2.3 N° de Historia: _____
 3. Ocupación: _____ 3.1 Si es escolar, nombre del C.E.: _____
 4. Domicilio: _____ 4.1 Tiempo de Residencia: _____
 Av. Jr. Calle N° Localidad Distrito

III CUADRO CLÍNICO

5. Fecha de inicio de síntomas: _____ 5.1 Hora: _____ 5.2 Condición: Hospitalizado () Ambulatorio ()

6. Signos y Síntomas:

- | | | |
|----------------------|---------------------|--------------------|
| Fiebre () | Diarrea () | Otros () |
| Cefalea () | Estreñimiento () | Especificar: _____ |
| Malestar General () | Dolor Abdominal () | |
| Nauseas () | Rash Cutáneo () | |
| Vómitos () | | |

IV.- INFORMACIÓN EPIDEMIOLOGICA

7. Lugares de ingesta de Alimentos en la última semana: Casa (), Ambulante (), Restaurante (), Comedor Popular ().

8. En caso Extradomiciliario decir Dirección del Lugar de Consumo: _____

9. Puesto de Salud MINSA mas cercano al Domicilio: _____

10. Alimentos sospechosos ingeridos según días, hora y lugar donde fueron consumidos:

Día de la Ingestión	10.1 Alimentos Ingeridos	10.2 Hora de la Ingestión	10.3 Lugar y Direc. Donde se consumieron
Día del inicio de síntomas			
Día anterior al inicio de los síntomas			
Dos días antes del inicio de los síntomas			

V.- EXAMENES DE LABORATORIO

11. Fecha de toma de Muestras: _____ 11.1 Fecha de Resultados: _____

11.2 Aglutinaciones	Resultados	11.3 Hemograma	Resultados	11.4 Muestra	11.5. Enviada		11.6 Agente Etiológico Detectado
					SI	NO	
TÍFICO "O"		Nº LEUCOCITOS		RESTO DE ALIMENTO			
TÍFICO "H"		Nº ABASTONADOS		INFRONTA DE TABLA			
PARATÍFICO "A"		Nº NEUTROFILOS		INFRONTA DE MANOS			
PARATÍFICO "B"		Nº BASOFILOS					
		Nº EOSINOFILOS					
		Nº LINFOCITOS					

VI. DIAGNÓSTICO			
12. DIAGNÓSTICO _____			
Probable () Confirmado clínicamente () Descartado () Confirmado Etiológicamente ()			
VII.- TRATAMIENTO			
VIII. EVOLUCIÓN			
13. Favorable () 14. Complicado ()		15. CON CLINICA INICIAL	
16. CON RESULTADOS DE ANALISIS			
Nombre de Fármaco	Dosis	Nombre de Fármaco	Dosis
A.-			
B.-			
C.-			
D.-			

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

JEFE DE ESTABLECIMIENTO