

I. DATOS GENERALES									
1. Código de la notificación.....			2. Fecha de notificación/...../.....						
3. Nombre de Establec. de Salud.....			4. RED/MICRORED.....			5. DIRESA/DISA.....			
II. DATOS DEL PACIENTE:									
6. Historia clínica N°.....					12. Punto de Referencia.....				
7. Apellidos y Nombres.....					13. Localidad.....				
8. Edad.....		9. Sexo: M () F ()			14. Distrito.....				
10. Grado de Instrucción: Analf () Primaria () Secundaria () Superior ()					15. Provincia				
11. Domicilio: Av./Jr. /Calle:.....					16. Departamento.....				
N°.....Mza.Lt..... Urbanización:.....					17. Teléfono:.....				
III. INFORMACIÓN CLÍNICA.									
18. Fecha de inicio de síntomas...../...../.....		19. Tiempo de enfermedad.....		20. Fecha de obtención de 1ª muestra...../...../.....		21. Fecha de obtención de 2ª muestra...../...../.....		22. Forma de inicio de enfermedad	
								Brusco () Insidioso ()	
23. Signos y Síntomas (Mar que con una X si presenta)									
	1era Eval.	2da Eval.		1era Eval.	2da Eval.	Examen Físico (Realizado por.....)		1era Eval.	2da Eval.
Signos vitales: FC..... FR..... PA.....									
Fiebre >38°C			Diarrea			Rash			
Malestar general			Estreñimiento			Ictericia			
Anorexia			Nauseas			Petequias			
Astenia			Vómitos			Hemorragia conjuntival bilateral			
Dolor de cabeza			Epistaxis			Hepatomegalia			
Mareo			Hemoptisis,			Esplenomegalia			
Escalofríos			Gingivorragia			Rigidez de Nuca			
Dolor muscular			Hematoquezia			Trastorno del sensorio			
Dolor pantorrillas			Hematemesis			Otros:			
Dolor lumbar			Melena						
Tos			Hematuria						
Dificultad respiratoria			Oliguria y/o Anuria						
Dolor precordial			Alteración cardiaca						
Dolor paravertebral			Otros:						
Dolor abdominal									
IV. ANTECEDENTES (En las últimas 3-4 semanas antes de enfermar)									
	Fecha	Lugar /Distrito	Provincia	Departamento	Permanencia (días)				
24. Ocupación (especifique):.....									
25. Viajes.									
26. Contacto con:									
Aguas estancadas, inundaciones.									
Río, lago, piscinas, canales, etc.									
Charcas, barro, suelo de estanca de animales.									
Pozo séptico, letrina, desagüe.									
Porcinos, vacunos, canes.									
Ratas, ratones, mucas ó zangüeyas.									
Otros:									

V. LABORATORIO CLÍNICO: 27. Hemograma.....28. Recuentos de plaquetas..... 29. Hto.....30. Proteínas en orina	
VI. LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN	
31. Muestras obtenidas: sangre total () ; suero () ; orina () ; gota gruesa o frotis () LCR () Fecha:...../...../..... otros.....	
32. Pruebas requeridas de laboratorio: cultivo sangre () cultivo orina () ELISA () Microaglutinación-MAT () PCR ()	
Otros (especificar)..... Muestras previas enviadas:() si () no Fecha...../...../..... Resultado..... Prueba	
33. Resultados primera muestra Elisa IgM: Unidad leptó:..... PCR: MAT: 1 ^{er} serovar:título: 2 ^{do} serovar:título: 3 ^{er} serovar:título:	34. Resultados segunda muestra Elisa IgM/IgG: Unidad leptó:..... PCR: MAT: 1 ^{er} serovar:título: 2 ^{do} serovar:título: 3 ^{er} serovar:título:
VII. EVOLUCIÓN DEL CASO	
35. Tratamiento: no () si () Diálisis no () si () N ^o días..... Fecha :/...../..... Antibióticos : No() Si() 1..... Dosis..... N ^o días..... Fecha de inicio:/...../..... 2..... Dosis..... N ^o días..... Fecha de inicio:/...../..... 3..... Dosis..... N ^o días..... Fecha de inicio:/...../.....	
36. Condición del paciente Hospitalizado () Fecha de hospitalización (...../...../.....) Tiempo de hospitalización:.....días Condición de Egreso: alta () Referido () Fallecido: () Fecha /...../..... Ignorado()	
37. Persona que proporciona la información: Nombre:..... Establecimiento de Salud:..... Cargo..... Fecha/...../..... Firma:.....	