

 <div>Ministerio de Salud</div>		 <div>MALARIA * CIE 10B50-B54 FICHA CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA</div> 					
Código:		Fecha de notificación al nivel inmediato superior	/ /	Fecha de investigación del caso	/ /		
I. DATOS GENERALES							
DISA RED Establecimiento Notificante							
Captación del caso: Pasiva () Activa ()							
II. DATOS DEL PACIENTE							
Apellido paterno Apellido materno: Nombre:							
Edad: Años () Sexo: M () F ()							
Meses () Si es menor de 1 año anotar meses							
Días () Si es menor de 1 mes anotar días							
Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado:							
Ocupación: Agricultor () Ganadero () Turista () Obrero vial (construye y/o mantiene carreteras) ()							
Cazador y/o pescador () Minero () Otro: ()							
Domicilio actual							
Departamento Provincia			Zona : []				
Distrito Localidad *			(especificar nombre)				
Zona de residencia: Urbana () Rural ()			Vía : []				
			(especificar nombre)				
			Número/km./mz.				
Para los residentes en otros países:							
País de origen: Fecha de ingreso al país / /							
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS							
¿Antecedentes de haber estado enfermo por malaria?: Si [] No [] Fecha: Mes Año:							
¿Fue atendido por un establecimiento de salud?: Si [] No []							
¿Ha viajado a áreas con transmisión de malaria o paludismo en los últimos 15 días? (lugar probable de contagio): Si [] No []							
Ignorado [] ¿A qué lugar?							
Fecha de viaje	Localidad	Valle o río	Distrito	Provincia	Tiempo permanencia		
					Días Semanas		
¿Donde viven los zancudos o mosquitos?:							
¿Usa mosquitero para protegerse de los “mosquitos” o “zancudos” cuando duerme?: Si [] No []							
¿Existe (n) otra (s) persona (s) con síntomas similares en la localidad donde vive o donde viajó?: Si [] No [] Ignorado []							
Investigación de colaterales: ¿Cuántas personas viven en su casa? (verificar mediante visita a la vivienda):							
Si 1 o más colaterales se confirma por laboratorio debe notificarse y debe registrarse en otra ficha.							
Apellidos y nombres	Sexo/Edad		Gota fresca		Fecha de toma de muestra	Resultado	
	M	F	Fiebre	Sin fiebre		Positivo	Negativo
(*) = Esta ficha es para uso exclusivo para la malaria por Plasmodium falciparum, excepcionalmente puede usarse hasta el nivel de DISA para la infección por vivax cuando sea un caso complicado.							
Códigos de Zona: [1] Urbanización, [2] Villa, [3] Cooperativa, [4] Proy Municipal vivienda, [5] PPJJ/AAHH, [6] otro							
Vía: [1] Avenida, [2] Calle, [3] Pasaje, [4] Jirón, [5] Otro							

IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)				
Síntomas y signos			Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____	
Dolor de cabeza []	Palidez []	Coma []	Sudoración []	
Dolores musculares []	Hepatomegalia []	Fiebre []	Ictericia []	
Escalofríos []	Esplenomegalia []		Otro: []	
¿Cada que tiempo presenta fiebre, sudoración y escalofríos?: Cada 24 horas [] Cada 48 horas [] Cada 72 horas []				
Hospitalizado : Si () No () Nº de Historia clínica: _____ Fecha de hospitalización: ____/____/____				
Tratamiento del paciente: Fecha de inicio: ____/____/____ Medicamento: _____				
Resultado del tratamiento: Curado () Tratamiento incompleto () Resistente () Fallecido ()				
Fecha de fallecimiento: ____/____/____				
Causas del tratamiento incompleto: Vómitos [] Diarrea [] Abandono [] Otro: _____ []				
V. LABORATORIO				
Fecha de toma de muestra: ____/____/____ Fecha de envío al laboratorio ____/____/____				
Establecimiento de Salud	Muestra	Examen realizado	Resultado	
			Positivo	Negativo
	Sangre	Gota fresca []	[]	[]
		Frotis []	[]	[]
		Pruebas rápidas (tiras reactivas) []	[]	[]
		PCR []	[]	[]
	Suero	IFI []	[]	[]
Control parasitológico postratamiento: 7 días () 14 días () 21 días () 28 días () Resultado:				
VI. CLASIFICACIÓN (Marque con una "X")				
			Clasificación final del caso probable: Fecha: ____/____/____	
Clasificación	Probable	Confirmado	Caso descartado [Anotar la causa]	
Malaria grave o complicada []	[]	[]		
Muerte por malaria []	[]	[]		
Fracaso al tratamiento terapéutico []	[]	[]		
Procedencia del caso: Autóctono [] Importado []				
VII. OBSERVACIONES				
Nombre de la persona que investiga el caso: _____				
Cargo _____ Firma _____				

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Teléfono 01-6314500

Calle Daniel Olaechea N° 199 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.dge.gob.pe>

INFOSALUD 0800-10828