

DE RIESGOS POR EXPOSICIÓN E INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS Y METALOIDES

1. Código de identificación _____	2. Fecha de conocimiento a nivel local ____/____/____	4. Fecha de notificación del Establecimiento ____/____/____	4. Fecha de Investigación ____/____/____	5. Fecha de notificación a la DIRESA ____/____/____	6. Fecha de notificación nacional ____/____/____
--------------------------------------	--	--	---	--	---

I. DATOS GENERALES

Nombre del establecimiento de salud que notifica

DISA/DIRESA..... Red..... Mirrored

Ubicación: Localidad Distrito Provincia Departamento.....

Captado: Servicio Emergencia [] S. Hospitalización [] Consulta Externa [] Otros

Notificación: Regular [] Búsqueda Activa [] Situación de Riesgo [] Otros

II. DATOS DEL PACIENTE

Nº H. Clínica:.....

2.1.Nombres: Apellidos:

2.2. Lugar de Nacimiento..... 2.3. Edad:Años [] Meses [] 2.4. Genero: M [] F []

2.5. DNI..... 2.6. Embarazo: Si [] No [] 2.7. Seguro: SIS [] EsSalud [] Otros:

2.8.Grado de instrucción: Inicial [] Primaria [] Secundaria [] Superior [] Sin instrucción []

2.9.Ocupación 2.10. Tiempo (actividad)

2.11. Dirección de la Residencia actual.....

2.11.1. Localidad / comunidad 2.11.2. Distrito.....

Referencia para localizar (Iglesia, establecimiento comercial, vecinos, otros, especificar)

2.11.3.Provincia 2.11.4. Departamento

2.12. Area: Urbana [] Urbano marginal [] Rural [] 2.13. Teléf./célular

2.14 Tiempo: Residencia actual 2.15. Tiempo de Residencia anterior.....(años/meses)

2.16 Etnia: 1.Mestizo () 2. Andino () 3.Indigena Amazonico () 4. Afrodescendiente () 5. Otros:

III. FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLOGICO

3.1. Fecha de exposición actual ____/____/____ 3.2. Antecedente de exposición.....(años)

3.3. Lugar de ocurrencia de la exposición: 1. Casa [] 2. Escuela [] 3.Trabajo [] 4. Otros (especificar).....

3.4. Dirección de la ocurrencia Distrito..... Provincia.....

3.5. Área Urbana [] Urbano marginal [] Rural []

3.6. Tiempo de exposición a una fuente con metal pesado/metaloides..... (indicar: años, meses, días u horas)

3.7. Actividad económica: 1. Minería formal [] 2. Minería informal [] 3. Relaves mineros [] 4. Depósito de Minerales [] 5. Fundición []

6.Transporte concentrados de metales [] 7.Baterías [] 8.Alfarería [] 9.Soldadores [] 10. Industrias []

11. Artes gráficas [] 12. Hidrocarburos [] 13. Otros

3.8. Vía de exposición: 1. Respiratoria [] 2. Oral [] 3. Dermica [] 4. Desconocida [] 5.Otros

3.9.Tipo de exposición: 1.Ocupacional [] 2.Accidental [] 3.Ambiental [] 4. Otros

3.10. Tiempo en lugar de permanencia (indicar dentro de 24 Hrs) 1.Casa 2.Calle 3.Ambas 4. Escuela.....

5. Acompaña al trabajo a sus padres 6. Trabajo..... 7. Otros (especificar)

3.11. Hábitos: 1.Se come las uñas [] 2.Come tierra [] 3.Muerde o chupa lápices, plastina [] 4.Morder o chupar juguetes []

5. Come pinturas de las paredes [] 6.Se lleva los dedos a la boca [] 7. Fuma [] 8. Otros (Especificar).....

3.12. Anteriormente le tomaron muestra para metales Si [] No [] 3.13.Lugar 3.14. Fecha (años)

IV. FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL

4.1. Ubicación de la vivienda cercana a:

1. Minería []

2. Relaves mineros []

3. Depósito de minerales []

4. Refinería []

5. Industrias emisoras de metales []

6. Fundición de metales []

7. Fábrica/ taller/ batería []

8. Reciclado de batería []

9. Transporte concentrados metal []

10. Fábrica de pintura []

11. Taller de carpintería []

12. Soldadura []

13. Fábrica de cerámica o alfarería []

14. Otros.....

4.2. Tipo de construcción de la vivienda

Techo:

1. Ladrillo-cemento []

2. Calamina []

3. Eternit []

4. Madera []

5. Otros

Pared:

1. Ladrillo-cemento []

2. Madera []

3. Adobe []

4. Otros

Piso:

1. Tierra []

2. Cemento []

3. Madera []

4. Otros

4.3. Presencia de polvo en el ambiente externo []

4.4. Polvo dentro de casa []

4.5. Mes con mayor presencia de polvo

4.6. Uso de agua para consumo humano?

1. Agua Potable:

1. Red pública []

2. Cisterna []

3. Pileta pública []

4. Otros.....

2. Agua no potable:

1. Río []

2. Manantial []

3. Pozo []

4. Agua lluvia []

5. Otros.....

V. FACTOR OCUPACIONAL

5.1. Ocupación del Jefe de familia:.....

Nombres:.....

5.2. Ocupación de la Madre

Nombres:.....

VI. CUADRO CLÍNICO:

6.1.Fecha de inicio de síntomas/...../.....

6.2. Semana Epidemiológica

6.3.	Si	No		Si	No		Si	No
Cefalea	[]	[]	Gastroenteritis hemorrágica	[]	[]	Disminución / aprendizaje	[]	[]
Mareos	[]	[]	Ictericia	[]	[]	Pérdida de memoria	[]	[]
Palidez	[]	[]	Hemoptisis	[]	[]	Depresión	[]	[]
Cansancio (debilidad muscular)	[]	[]	Sudoración profusa	[]	[]	Ansiedad	[]	[]
Anorexia	[]	[]	Ascitis	[]	[]	Adormecimiento	[]	[]
Náuseas	[]	[]	Hematuria (sangre en orina)	[]	[]	Dolor de hueso	[]	[]
Dolor abdominal	[]	[]	Disuria/ polaquiuria (dolor frecuente)	[]	[]	Hormigueo	[]	[]
Diarrea	[]	[]	Irritabilidad (reacción agresiva)	[]	[]	Dolores articulares	[]	[]
Gingivitis	[]	[]	Insomnio (dificultad para dormir)	[]	[]	Convulsiones	[]	[]
Sabor metálico en boca (aliento)	[]	[]	Calambres	[]	[]	Sensación de dificultad respiratoria (falta de aire)	[]	[]
Ribete de Burton (línea grisácea entre el diente y la encía)	[]	[]	Edema (hinchado)	[]	[]			
Dificultad para coordinar movimientos	[]	[]	Pie negro	[]	[]	Otros	[]	[]
Hipersensibilidad cutánea	[]	[]	Mano colgante	[]	[]		[]	[]
Líneas de Aldrich- Mees (líneas blancas en uñas)	[]	[]	Pie colgante	[]	[]		[]	[]
			Hiperqueratosis plantar	[]	[]		[]	[]
			Hiperpigmentación	[]	[]		[]	[]

VII. Exámenes Toxicológicos

Nombre del laboratorio

Toma de muestra: 1. Si [] 2. No []

Tipo de muestra: 1. Sangre [] 2. Otros:

Fecha de envío a laboratorio/...../.....

Fecha de recepción de laboratorio/...../.....

Resultados Plomo:.....Fecha:...../...../.....

Cadmio.....Fecha...../...../.....

Arsénico:.....Fecha...../...../.....

Mercurio:.....Fecha:...../...../.....

Cromo.....Fecha...../...../.....

Zinc.....Fecha...../...../.....

Cobre:.....Fecha:...../...../.....

Otros.....Fecha...../...../.....

Otros.....Fecha...../...../.....

VIII. Situación del caso

1. Hospitalizado []

2. Transferido []

2.1. Lugar de referencia:.....

3. Alta:...../...../.....

4. Fallecido:...../...../.....

Causa básica (especificar CIE-10)

IX. Criterios de Diagnóstico

1. Laboratorio:

1. Si []

2. No []

2. Clínica

1. Si []

2. No []

3. Antecedente epidemiológico:

Si []

No []

X. Tipo de Diagnóstico

1. Sospechoso

1. Si []

2. No []

2. Probable

1. Si []

2. No []

3. Confirmado

1. Si []

2. No []

XI. Fecha de la investigación/...../.....

XII. Notificación Negativa

XIII. Nombre del Responsable Investigación

Firma

Médico []

Enfermera []

Otros Especificar.....

Teléfono

Celular.....

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA - Lima - Perú

Correo: notificacion@dge.gob.pe - computo@dge.gob.pe

