

 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA DIRESA - LIMA	 PERTUSSIS, TOS FERINA O TOS CONVULSIVA FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA	 FECHA CASO N°
---	--	---

• **CASO PROBABLE** En > de 3 meses: niño con cuadro de tos por más de 2 semanas y con uno o más de los siguientes signos: tos paroxística o “estridor” inspiratorio o vómitos después de la tos.

I. DATOS GENERALES:

NOMBRE Y APELLIDOS _____

FECHA DE NACIMIENTO / / EDAD: AÑOS MESES SEXO M () F ()

NOMBRE DE MADRE O PADRE _____

DOMICILIO CON REFERENCIAS: _____

LOCALIDAD _____ DISTRITO _____

PROVINCIA _____ SUB REGION _____

II. FUENTE DE NOTIFICACION

1. TIPO

REGISTRO NOTIFICACION INMEDIATA ()

BUSQUEDA ACTIVA ()

HIS MIS ()

OTRO _____

2. INSTITUCION INFORMANTE

MINSA ()

IPSS ()

SANIDAD FFAA ()

OTRO _____

3. FUENTE

MEDICO () ENFERMERA () TECNICO SANITARIO () OTRO _____

NOMBRE _____

DIRECCION _____

PERSONA QUE HACE DIAGNOSTICO INICIAL _____

ESTABLECIMIENTO QUE NOTIFICA _____

III. CUADRO CLINICO

FECHA INICIO DE SINTOMAS / /

SINTOMAS Y SIGNOS SI NO IGN

TOS PAROXISTICA (REPETIDA) () () ()

INSPIRACION RUIDOSA AL FINAL DEL ACCESO () () ()

VOMITOS DESPUES DE LA TOS () () ()

ATENCION

PACIENTE ATENDIDO POR:

MEDICO () ENFERMERA () TECNICO SANITARIO () OTRO _____

HOSPITALIZADO: SI () NO () IGN ()

HOSPITAL O C. SALUD _____

TIEMPO DE HOSPITALIZACION _____

CONDICION DE ALTA _____

FALLECIDO: SI () NO () IGNORADO ()

SEMANA EPIDEMIOLOGICA ()

COMPLICACIONES SI NO IGN

NEUMONIA () () ()

DESHIDRATACION () () ()

DESNUTRICION () () ()

OTRAS _____

FECHA DE HOSPITALIZACION / / /

N° H. CLINICA _____

DIAS _____

FECHA DE ALTA / / /

FECHA DE DEFUNCION / / /

IV. ANTECEDENTE DE VACUNA

CARNET DE VACUNACION TIENE () NO TIENE ()
BCG RN () 6 AÑOS ()
ANTIPOLIO RN () 1ºD () 2ºD () 3ºD () D.A.N. ()
ANTISARAMPION 1ºD () D.A. ()
D.P.T.
1ºD () 2º () 3º () REF. ()
FECHA DE ULTIMA DOSIS / / /

V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

1. POSIBLES FUENTES DE CONTAGIO SI NO IGN NOMBRE LUGAR
A) VIAJE EN LOS 12 DIAS ANTES DE ENFERMAR () () ()
B) VISITA RECIBIDA 12 ANTOS DEL INICIO DE
ENFERMEDAD () () () _____
C) HAY OIRO CASO DE TOS CONVULSIVA EN
LA ZONA? () () () _____
D) ESTUVO HOSPITALZIADO 12 DIAS ANTES? () () () _____
OBSERVACIONES _____

2. CONTACTOS EN DOMICILIO EDAD SEXO VACUNADO CON TOS HOY
 (menores de 15 años)

 M () F () SI () NO () SI () NO () ()
 M () F () SI () NO () SI () NO () ()
 M () F () SI () NO () SI () NO () ()

3. OTROS CONTACTOS

CONTACTO EN EL ESTABLECIMIENTO ESCOLAR O LUGAR QUE FRECUENTA
NOMBRE VACUNADO? LUGAR

 SI () NO ()
 SI () NO ()
 SI () NO ()

VI. MEDIDAS DE CONTROL SI NO FECHA DE VACUNACION
a) VACUNACION A CONTACTOS DOMICILIARIOS () () / /
b) VACUNACION EN ESTABLECIMIENTO ESCOLAR () () / /
c) VACUNACION EN ZONA CERCANA AL CASO () () / /
OTRAS

VII. LABORATORIO FECHA RESULTADO
TOMA DE MEUSTRA PARA CULTIVO / / /
OTRAS / / / _____

VIII. CLASIFICACIÓN FINAL FECHA / /
CONFIRMADO POR: () **LABORATORIO** DESCARTADO POR:
OTRO DIAGNOSTICO: _____

IX. INVESTIGADOR DEL CAMPO

NOMBRE _____
CARGO _____
ESTABLECIMIENTO _____
FECHA _____ / _____ / _____
FIRMA _____