



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRESA - LIMA



PERTUSSIS, TOS FERINA O TOS  
CONVULSIVAFICHA 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

SEMANA EPIDEMIOLOGICA ( )

FECHA INICIO DE SINTOMAS / /

SINTOMAS Y SIGNOS SI NO IGN

COMPLICACIONES SI NO IGN

TOS PAROXISTICA (REPETIDA) ( ) ( ) ( )  
INSPIRACION RUIDOSA AL ( )  
FINAL DEL ACCESO ( ) ( ) ( )  
VOMITOS DESPUES DE LA TOS ( ) ( ) ( )

NEUMONIA ( ) ( ) ( )  
DESHIDRATACION ( ) ( ) ( )  
DESNUTRICION ( ) ( ) ( )  
OTRAS \_\_\_\_\_

ATENCION

PACIENTE ATENDIDO POR:

MEDICO ( ) ENFERMERA ( ) TECNICO SANITARIO ( ) OTRO \_\_\_\_\_

HOSPITALIZADO: SI ( ) NO ( ) IGN ( )  
HOSPITAL O C. SALUD \_\_\_\_\_

FECHA DE HOSPITALIZACION / / /  
Nº H. CLINICA \_\_\_\_\_

TIEMPO DE HOSPITALIZACION \_\_\_\_\_

DIAS \_\_\_\_\_

CONDICION DE ALTA \_\_\_\_\_

FECHA DE ALTA / / /

FALLECIDO: SI ( ) NO ( ) IGNORADO ( )

FECHA DE DEFUNCION / / /

**IV. ANTECEDENTE DE VACUNA**

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

**V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS**

|  |        |        |         |              |             |
|--|--------|--------|---------|--------------|-------------|
| <b>1. POSIBLES FUENTES DE CONTAGIO</b>               | 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 OTRO CASO DE TOS CONVULSIVA EN LA ZONA?       | ( )    | ( )    | ( )     | _____        | _____       |
| D) ESTUVO HOSPITALIZADO 12 DIAS ANTES?               | ( )    | ( )    | ( )     | _____        | _____       |

OBSERVACIONES

|                                  |             |             |                 |                |            |
|----------------------------------|-------------|-------------|-----------------|----------------|------------|
| <b>2. CONTACTOS EN DOMICILIO</b> | <b>EDAD</b> | <b>SEXO</b> | <b>VACUNADO</b> | <b>CON TOS</b> | <b>HOY</b> |
| (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**

|   |               |                  |              |
|---|---------------|------------------|--------------|
| <b>CONTACTO EN EL ESTABLECIMIENTO ESCOLAR O LUGAR QUE FRECUENTA</b> | <b>NOMBRE</b> | <b>VACUNADO?</b> | <b>LUGAR</b> |
| _____   | _____         | SI ( ) NO ( )    | _____        |
| _____   | _____         | SI ( ) NO ( )    | _____        |
| _____   | _____         | SI ( ) NO ( )    | _____        |

**VI. MEDIDAS DE CONTROL**

|  |        |        |                         |
|--|--------|--------|-------------------------|
| a) VACUNACION A CONTACTOS DOMICILIARIOS  | SI ( ) | NO ( ) | FECHA DE VACUNACION / / |
| b) VACUNACION EN ESTABLECIMIENTO ESCOLAR | ( )    | ( )    | / /                     |
| c) VACUNACION EN ZONA CERCANA AL CASO    | ( )    | ( )    | / /                     |
| OTRAS                                    |        |        |                         |

**VII. LABORATORIO**

|                               |           |                 |
|-------------------------------|-----------|-----------------|
| TOMA DE MEUSTRAS PARA CULTIVO | FECHA / / | RESULTADO _____ |
| OTRAS                         | / /       | _____           |

**VIII. CLASIFICACIÓN FINAL**

|                     |             |                       |
|---------------------|-------------|-----------------------|
| CONFIRMADO POR: ( ) | LABORATORIO | FECHA / /             |
| OTRO DIAGNOSTICO:   |             | DESCARTADO POR: _____ |

**IX. INVESTIGADOR DEL CAMPO**

NOMBRE \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_  
ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

FECHA / /

/ FIRMA \_\_\_\_\_