



PERÚ

Ministerio  
de SaludCentro Nacional de  
Epidemiología, Prevención  
Control de Enfermedades

**FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA  
DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN EINTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS**



Código de Identificación	Fecha de conocimiento a nivel local ____ / ____ / ____	Fecha de notificación del Establecimiento ____ / ____ / ____	Fecha de Investigación ____ / ____ / ____	Fecha de Notificación a la DISA/DIRESA ____ / ____ / ____	Fecha de Notificación Nacional ____ / ____ / ____
--------------------------	---	---	--	--	--

**I. DATOS GENERALES**

Nombre del establecimiento:					
DIRESA/DISA.....	Red .....	Microred.....			
Ubicación: Localidad_____	Distrito_____	Provincia_____		Departamento_____	
Captado: Servicio Emergencia .....	S. Hospitalización .....	Consulta Externa .....		Otros.....	
Notificación Regular [ ]	Busqueda Activa [ ]	Situación de Riesgo [ ]	Investigación de Brote [ ]	Otros _____	

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Años ( ) Meses ( ) Sexo: M[ ] F[ ] DNI..... Embarazada: Si [ ] No [ ]

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

Seguro: SIS [ ] EsSalud [ ] Otros: ..... Ocupación: .....

**PROCEDENCIA****DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL**

Departamento \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Centro Poblado Telefono/Celular \_\_\_\_\_

Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, vecinos, jefe o patrón, lugar de trabajo, etc.....)

Etnia: Mestizo [ ] Afrodescendiente [ ] Andino [ ] Indígena Amazónico [ ] Asiático descendiente [ ] Otros \_\_\_\_\_

Procedencia Habitual: Urbana [ ] Urbana marginal [ ] Rural Campesina [ ] Campamento [ ]

**III. FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO**

3.1 Fecha de la intoxicación \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 3.2. Hora ..... A.M [ ] P.M[ ]

3.3 Lugar de ocurrencia de la Intoxicación: 1. Casa [ ] 2. Escuela [ ] 3. Trabajo [ ]

4. Especificar el lugar de trabajo..... 5. Otros (especificar) .....

3.4 Ubicación en donde se intoxicó:

**DIRECCION****Localidad / Caserío / Anexo****Distrito****Provincia**

3.5 Alimentos involucrados en la exposición (especificar):.....

3.6 Tipo de producto 1. Plaguicida [ ] 2. Otros (especificar) .....

3.7 Nombre del producto: ..... 3.8. Concentración ..... 3.9. Presentación .....

3.10 Cantidad utilizada: ..... 3.11. Donde lo obtuvo .....

3.12 Circunstancia de Intoxicación: 1. Laboral [ ] 2. Accidental No Laboral [ ] 3. Voluntaria (Intencional Suicida) [ ]

4. Provocada (Intento de homicidio) [ ] 5. Otros..... 6. Desconocida [ ] .....

3.13 Actividad que realizaba en el momento de la Exposición/Intoxicación (Elija una o si es múltiple):

1. Producción-Formulación-Síntesis [ ] 2. Almacenamiento/Distribución/Expendio [ ] 3. Uso Agrícola [ ]

4. Uso en Salud Pública [ ] 5. Mantenimiento de Equipo [ ] 6. Uso humano [ ]

7. Uso domiciliario [ ] 8. Uso veterinario [ ] 9. Reentrada en cultivo [ ]

10. Manejo de plaguicidas sin protección [ ] 11. Mezcla - Recarga [ ] 12. Transporte [ ]

13. Otros (especificar)..... 14. Realiza buenas prácticas en el manejo de plaguicidas 1. Si ( ) 2. No ( )

3.14 Tiempo de exposición ..... (Años), (Meses), (Días), (Horas), (Minutos)

**IV. VÍA DE EXPOSICIÓN**

1. Oral [ ] 2. Piel [ ] 3. Mucosas - Ocular- Otras [ ] 4. Respiratoria [ ] 5. Desconocida [ ]

<b>V. CUADRO CLÍNICO: Fecha de consulta:</b> ...../...../.....						<b>Inicio de Síntomas</b> ...../...../.....	<b>SE:</b> .....		
<b>Sistémico:</b> [ ]		<b>Si [ 1 ]</b>		<b>No [ 2 ]</b>					
1. Náuseas	[ ]	2. Vómitos	[ ]	3. Dolor Abdominal	[ ]	4. Incontinencia de esfínteres	[ ]	5. Cefalea	[ ]
6. Diarreas	[ ]	7. Miosis	[ ]	8. Sudoración	[ ]	9. Temblor de manos y otras partes	[ ]	10. Cianosis	[ ]
11. Midriasis	[ ]	12. Mareos	[ ]	13. Bradicardia	[ ]	14. Trastorno de la conciencia	[ ]	15. Disnea	[ ]
16. Convulsiones	[ ]	17. Polipnea	[ ]	18. Rash Démico	[ ]	19. Sibilancias	[ ]		
20. Debilidad muscular en miembros inferiores			[ ]	21. Debilidad músculos proximales [ ]		22. Insuficiencia respiratoria [ ]			
23. Otros .....						24. No presento síntomas [ ]			
25 Tipo de Intoxicación		1. Leve [ ]		2. Moderada [ ]		3. Grave [ ]			
<b>VI. ANTECEDENTES:</b>									
6.1. Intoxicaciones anteriores: 1. Si [ ] 2. N° Veces .....			3. No [ ]	6.2. Fecha: ...../...../.....			6.3. Lugar: 1. Casa ( ) 2. Escuela ( )		
3. Trabajo ( ) 4. Otros (Especificar) ( .....						5. Observaciones:.....			
6.4. Causa (s) 1. Laboral ( ) 2. Accidental No Laboral ( ) 3. Voluntario (Intencional) ( ) 4. Provocado (Homicidio) ( ) 5. Otros.....									
<b>VII. EXÁMENES TOXICOLÓGICOS:</b> Nombre del laboratorio .....						Se tomo muestra: 1. Si [ ] 2. No [ ]			
Tipo de muestra: 1. Sangre [ ]		2. Otros .....				Fecha de toma de muestra: ...../...../.....			
Fecha de envío de laboratorio ...../...../.....			Fecha de recepción de laboratorio ...../...../.....						
Test de Colinesterasa: 1. Si [ ]			2. No [ ]		Resultado: ..... %		U/Lt Método .....		
Otros exámenes de Plaguicidas: 1. Si [ ] 2. No [ ]			Indique cual: .....						
Fecha del último examen ocupacional:...../...../.....									
<b>VIII. Destino del intoxicado</b>		1. Ambulatorio [ ]	2. Emergencia [ ]	3. Hospitalizado [ ]	Fecha:...../...../.....		3.1. Servicio (especificar).....		
		4. Su casa [ ]	5. Trabajo [ ]	6. Médico Legal (fallecido)	[ ]				
<b>IX. Tratamiento recibido:</b>									
Oral .....Dosis: .....			Parenteral .....			Dosis .....			
Antídoto .....			Evaluación de secuelas .....						
<b>X. Evolución del intoxicado</b>		1. Recuperado [ ]	2. Transferido [ ]	.....			3. Alta: Fecha ...../...../.....		
4. Fallecido [ ]		4.1. Fecha de defunción ...../...../.....			Causa básica de la muerte (CIE-10) .....				
<b>XI. Diagnóstico Final</b>									
1. Confirmación clínico- epidemiológica [ ]			2. Confirmación por laboratorio			1. Si [ ]		2. No [ ]	
3. Descartado [ ]			4. Otros:.....						
<b>XII. Fecha del período de la investigación</b> ...../...../..... ...../...../.....									
<b>XIII. Nombre del Investigador</b> .....									
Médico [ ] Enfermera [ ]		Otros (especif) .....			Teléfono .....		Celular .....		
<b>Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA - Lima - Perú</b>									
Correo : notificacion@dge.gob.pe computo@dge.gob.pe									