

 Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		 FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA DEL RIESGO DE EXPOSICION INTOXICACION POR PLAGUICIDAS		 RED NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA RENACE	
C ó d i g o d e I d e n t i f i c a c i ó n	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/Célular.....	
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 / Caserio / 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 []	
4. Provocada (Intento de homicidio) []		5. Otros.....		3. Voluntaria (Intencional Suicida) []	
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 []			

V. CUADRO CLÍNICO: Fecha de consulta:		Inicio de Síntomas		SE:	
Sistémico: []		Si [1]		No [2]	
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 Dérmico []	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 []		
VI. ANTECEDENTES:					
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.....					
VII. EXÁMENES TOXICOLÓGICOS: 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: Servicio:.....					
Fecha del último examen ocupacional:...../...../.....					
VIII. Destino del intoxicado 1. Ambulatorio [] 2. Emergencia [] 3. Hospitalizado [] Fecha:...../...../..... 3.1. Servicio (especificar).....					
4. Su casa [] 5. Trabajo [] 6. Médico Legal (fallecido) []					
IX. Tratamiento recibido:					
Oral Dosis: Parenteral Dosis					
Antídoto Evaluación de secuelas					
X. Evolución del intoxicado 1. Recuperado [] 2. Transferido [] 3. Alta: Fecha/...../.....					
4. Fallecido [] 4.1. Fecha de defunción/...../..... Causa básica de la muerte (CIE-10)					
XI. Diagnóstico Final					
1. Confirmación clínico- epidemiológica [] 2. Confirmación por laboratorio 1. Si [] 2. No []					
3. Descartado [] 4. Otros:.....					
XII. Fecha del período de la investigación/...../.....					
XIII. Nombre del Investigador Firma					
Médico [] Enfermera [] Otros (especif) Teléfono Celular					
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA - Lima - Perú					
Correo: notificacion@dge.go.b.pe computo@dge.go.b.pe					