



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención y
Control de EnfermedadesFICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA
VARICELA COMPLICADA

DEFINICION DE CASO DE VARICELA COMPLICADA

Todo caso que presente exantema máculo pápulo vesicular que evoluciona a costra (con polimorfismo regional), de presentación céfalo caudal, muy pruriginosa, con o sin fiebre; y, que además presenta cualquiera de las siguientes manifestaciones: sobreinfecciones de piel y partes blandas (impétigo, celulitis, absceso, fascitis necrotizante, paniculitis, otras); neurológicas (cerebelitis, encefalitis, meningitis, mielitis, síndrome de Guillain Barré); respiratoria (neumonitis, neumonías); hematológicas (síndrome hemorrágico); visceral o diseminada (miocarditis, pericarditis, hepatitis, nefritis); u otras complicaciones, o que por el compromiso del estado general, requiera hospitalización.

CODIGO DE REGISTRO N°	Fecha de hospitalización	Fecha de Investigación (visita domiciliaria)	Fecha notificación EESSa Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a Dirección de Salud	Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

DISA/ DIRESA/ GERESA _____ RED _____ Nombre del EESS _____
 Captación del caso: Vigilancia pasiva () Vigilancia activa ()

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno _____ Apellido materno: _____ Nombres : _____ DNI _____
 Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad _____ Años / Meses Sexo M [] F []
 Nombre de la madre/tutor: _____ Telf/Celular. _____

Domicilio actual:

Departamento _____	Nombre de zona _____
Provincia _____	Tipo de vía (Av. Jr. Calle Psj. Otro) _____
Distrito _____	Nombre de vía _____
Localidad _____	Número/Km./Mz. _____

Referencia para localizar:

III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN:

Departamento: _____	Nombre de zona : _____
Provincia: _____	Tipo de vía (Av. Jr. Calle Psj. Otro): _____
Distrito: _____	Nombre de vía: _____
Localidad: _____	Número/Km./Mz.: _____

¿En las últimas 2 a 3 semanas estuvo en contacto con otro caso de varicela? (Si) (No) (ignorado)

Dónde:	Nombre del lugar	Dirección	Nº contactos	
			Sanos	Enf.
Casa ()	██████████			
Nido/guardería ()				
Colegio ()				
Universidad/Instituto ()				
Centro de trabajo ()				
Establecimiento de salud ()				
Otros (especificar) ()				

Este caso tuvo contacto con gestante (SI) (NO) en qué fecha: _____ / _____ / _____

Semanas de gestación en que sucedió el contacto []

IV. CUADRO CLÍNICO

Fecha inicio erupción de lesiones dérmicas: _____ / _____ / _____	Fecha inicio de fiebre: _____ / _____ / _____ Nº días duración: ()
Tipo de lesión dérmica: mácula () pápula () vesícula () costra ()	Temperatura: _____ °C

Complicaciones: (Si) (No)	
Sobreinfección de piel y partes blandas ()	Neurológicas ()
Respiratorias ()	Hemorrágicas ()

Otras (especificar):

Condición de riesgo: (Si) (No)	Malformación congénita ()						
Immunosupresión ()	Desordenes metabólicos ()						
Asma ()	Enfermedades reumatólogicas ()						
Cáncer ()	Enfermedades cardíacas ()						
Gestante: () Nº semanas de gestación []	Otras (especificar) ()						
Condición de egreso del paciente							
Alta médica () Alta voluntaria () Referido () Fallecido () Fecha: ___ / ___ / ___							
Referido a:							
Causa de muerte:							
VI. ANTECEDENTES DE VACUNACION							
Solo considerar dosis de vacuna con componente antivaricela:							
Número de dosis recibida: _____ Fecha de última dosis: ___ / ___ / ___ Fuente de verificación: _____							
VII. LABORATORIO							
<ul style="list-style-type: none"> - No está indicado la obtención de muestra rutinaria para diagnóstico de varicela, dado que ésta es eminentemente clínico. - Las muestras de laboratorio SOLO se indican en casos complicados graves en los que no se tenga certeza del diagnóstico clínico. 							
Tipo de muestra	Fecha de obtención de 1º muestra	Fecha envío EE SS, Red / Microrred	Fecha envío Red / Microrred a LRR	Fecha envío LRR a INS	Fecha emisión resultado INS	Resultado	Observaciones
Suero	___ / ___	___ / ___	___ / ___	___ / ___	___ / ___		
Hisopado de vesícula	___ / ___	___ / ___	___ / ___	___ / ___	___ / ___		
X. OBSERVACIONES							
Nombre de la persona que investiga el caso: _____ Teléfono: _____							
Cargo _____ email _____							
Firma _____							

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – Ministerio de Salud
Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe - Telefax 01 – 631 – 4500, Calle Daniel Olaechea 199, Jesús María - Lima 11

INFOSALUD 0800-10828
Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica