



REGISTRO SEMANAL DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INDIVIDUAL  
SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA

1. DISA	2. RED
3. ESTABLECIMIENTO	4. SEMANA DE NOTIFICACION

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA													
LUGAR PROBABLE DE INFECCION		DIARREA ACUOSA AGUDA (NO INCLUYE SOSPECHOSOS DE COLERA)											
5. PROVINCIA	6. DISTRITOS	7 N° DE CASOS		6 N° DE DEF.		9 N° DE HOSP.		10. N° DE CASOS		11. N° DE DEF		12. N° DE HOSP	
		<1a.	1-4a	5a+	<1a.	1-4a	5a+	<1a.	1-4a	5a+	<1a.	1-4a	5a+

IRAS, ASMA Y SOB															
LUGAR PROBABLE DE INFECCION		15. Casos de IRAS (No neumonía)		16. Casos de Neumonía (No graves)		17. Casos de NG+EMG		17. Hospitalización NG+EMG		19. Defunción Intra hospitalaria (N+NG+EMG)*		20. Defunción Extra hospitalaria (N+NG+EMG)*		21. Casos de SOB/ASMA	
13. PROVINCIA	14. DISTRITOS	<2m	2-11 m.	2-11 m.	1-4a	<2m	2-11 m.	<2m	2-11 m.	<2m	2-11 m.	<2m	1-4a	<2a	2-4a

MALARIA VIVAX	
LUGAR PROBABLE DE INFECCION	
22. PROVINCIA	23. DISTRITOS
24. LOCALIDAD	
25. CASOS CONFIRMADOS P. Vivax	

26. Firma y sello de la persona que notifica	27. Director o jefe del establecimiento
--	---

\* Defunciones por neumonías no graves + NG + EMG ocurridas en el hospital o EIES  
\*\* Defunciones por neumonía + NG + EMG que hayan ocurrido fuera del hospital o EIES



Código:  Fecha de notificación al nivel inmediato superior \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de investigación del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I. DATOS GENERALES**

DISA \_\_\_\_\_ Red \_\_\_\_\_ Establecimiento notificante \_\_\_\_\_  
Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( )

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( )  
Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses  
Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

**Domicilio actual**

Departamento \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Distrito \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_  
Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Número/km./mz. \_\_\_\_\_  
Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

**Para los residentes en otros países:**

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

¿Cuánto tiempo vive en este valle? Días ( ) Semanas ( ) Meses ( ) Siempre ( )  
Si es semanas o meses, preguntar: ¿De dónde viene o procede usted? (Para identificar a un migrante)  
Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
¿Cuál ha sido el motivo de su presencia en este valle?  
¿Ha sido vacunado contra la fiebre amarilla?: Si ( ) No ( ) Ignorado ( ). Verificar con el carné.  
Lugar probable de infección: \_\_\_\_\_  
¿Ha viajado en los últimos 10 días antes de enfermarse?: Si ( ) No ( ) ¿A qué lugar? \_\_\_\_\_

**¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto?**

Departamento \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Distrito \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_  
Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Número/km./mz. \_\_\_\_\_  
Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

¿En los últimos 10 días ha visto a personas con fiebre y la piel amarilla? : Si ( ) No ( ) Ignorado ( )

¿En los últimos 10 días ha visto o escuchado de personas que han fallecido con vómito negro?: Si ( ) No ( ) Ignorado ( )

¿En los últimos 30 días ha visto o escuchado de monos muertos? : Si ( ) No ( ) Ignorado ( )

**IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO** (Marque con una "X" los síntomas que presenta)

Síntomas y signos	Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___	
Ictericia (piel o mucosas amarillas) [ ]	Hematemesis (vómito con sangre) [ ]	Proteinuria (orina espumosa) [ ]
Fiebre (temperatura mayor a 38°C) [ ]	Petequias (puntos oscuros en la piel) [ ]	Coluria (orina oscura) [ ]
Pulso lento con fiebre alta [ ]	Diarrea [ ]	Hepatomegalia (hígado grande) [ ]
Hemorragia nasal [ ]	Hipotensión (tensión arterial baja) [ ]	Náuseas [ ]
Melena (sangre negra que sale por el recto) [ ]	Oliguria (orina escasa) [ ]	Otro: [ ]

**Hospitalización**

El paciente fue hospitalizado Si [ ] No [ ] Establecimiento: \_\_\_\_\_ N° Historia clínica \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tiempo de enfermedad al ingreso: \_\_\_\_\_ Tiempo de traslado al hospital: \_\_\_\_\_ Diagnóstico (s) de ingreso: \_\_\_\_\_

**Evolución:** Recuperado [ ] Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fallecido [ ] Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**V. LABORATORIO**

Fecha de toma de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de envío al laboratorio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Establecimiento de Salud	Muestra	Examen realizado	Resultado	Fecha de examen
	Primera muestra: Sangre (fase aguda) Suero (fase aguda)	Cultivo [ ] PCR [ ] ELISA [ ]	Positivo: Si [ ] No [ ] Reactivo: Si [ ] No [ ] Genotipo: _____ Ig M: (Título): _____	
	Suero (segunda muestra de pacientes en fase convaleciente)	ELISA [ ]	Ig G: (Título): _____	
	Biopsia de hígado, bazo o riñon	Inmunohistoquímica [ ] Anatomía patológica [ ]		

Hallazgos de necropsia: \_\_\_\_\_

El caso de fiebre amarilla fue confirmado por laboratorio: Si ( ) No ( )

**VI. TRABAJO DE CAMPO****COLATERALES** (familiares, compañeros de trabajo, etc.)

N°	Apellidos y nombres	Procedencia /lugar de donde ha venido a trabajar)			Ocupación	Fecha de vacunación (1)	Tiempo que reside en el lugar donde vive y trabaja actualmente
		Localidad	Distrito	Departamento			

(1) Si tiene más de dos dosis colocar la fecha de aplicación de la última dosis.

**ACTIVIDADES DE CONTROL** (cuando se presenta un caso probable)

Búsqueda activa (otros casos de la zona): N° de casos hallados: \_\_\_\_\_ Ingresan al sistema: \_\_\_\_\_

Se descartan: (por no cumplir el criterio) Vacunación susceptibles: Si ( ) No ( )

Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

N° total de vacunados migrantes: \_\_\_\_\_ N° de vacunados residentes: \_\_\_\_\_

**VI. CLASIFICACIÓN** (Marque con una "X")**Clasificación final del caso probable:** Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Clasificación	Confirmado	Caso descartado [ Anotar la causa ]
Fiebre Amarilla	[ ]	
Procedencia del caso:	Autóctono [ ] Importado [ ]	

**VII. OBSERVACIONES**

Nombre de la persona que investiga el caso: \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Oficina General de Epidemiología - MINSA**

Correo electrónico: notificacion@oge.sld.pe Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.oge.sld.pe>**INFOSALUD 0800-10828**

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica



Código:

Fecha de notificación al nivel inmediato superior \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de investigación del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I. DATOS GENERALES**

DISA \_\_\_\_\_ Red \_\_\_\_\_ Establecimiento notificante \_\_\_\_\_

Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( ) Vigilancia comunal ( )

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( )

Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses

Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Domicilio actual**

Departamento \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Número/km./mz. \_\_\_\_\_

Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

**Para los residentes en otros países:**

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

**Establecer la fuente de infección**

3.1. ¿En los últimos 3 días el agua que tomó, de dónde la obtuvo?

- Del caño dentro de su casa ( )
- Del caño público ( )
- De un pozo ( )
- De un río ( )
- De un "puquial" (manantial) ( )
- De un camión cisterna ( )
- Fue embotellada ( )

3.2. ¿Almacena el agua de consumo doméstico?

3.3. ¿En qué tipo de recipiente lo almacena?

\_\_\_\_\_

3.4. Verificar si el agua está clorada a través del comparador (anotar el nivel de cloro): \_\_\_\_\_

3.5. Verificar si los recipientes tienen tapa

3.6. ¿En los últimos tres días dónde ha consumido alimentos?

- Solo los que han sido preparados en mi casa ( )
- En un restaurante ( )
- En una pensión ( )
- En un mercado ( )
- En un ambulante ( )

3.7. Para los menores de 2 años

- Ingiere leche en biberón ( )
- Consumo los mismos alimentos que los adultos en la casa ( )
- Recibe lactancia materna ( )

3.8. La eliminación de las excretas se hace por:

- Red pública dentro de la vivienda (alcantarillado) ( )
- Red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio (alcantarillado) ( )
- Pozo negro o ciego o silo/letrina ( )
- Otro: ( )
- Sin servicio ( )

3.9. ¿Algún miembro de su familia ha sufrido de diarrea en los últimos 3 días?: Si ( ) No ( )

**IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)**

Síntomas y signos \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de la diarrea \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- |                     |   |
|---------------------|---|
| Fiebre ( )          | Número de días de duración de la diarrea: _____ |
| Diarrea ( )         | Consistencia de la deposición:                  |
| Vómitos ( )         | Acuosa o líquida ( )                            |
| Calambres ( )       | Grumosa ( )                                     |
| Dolor abdominal ( ) | Pastosa ( )                                     |
| Artralgias ( )      |   |

**Características de la diarrea:**

Tipo de diarrea: EDA acuosa ( ) EDA disintérica ( ) N° Historia clínica \_\_\_\_\_  
 Presencia de: moco ( ) Sangre ( ) Moco y sangre ( ) EDA persistente ( )  
 Clasificación: Número de deposiciones por día \_\_\_\_\_  
 Con deshidratación ( ) Sin deshidratación ( )  
 Con deshidratación leve ( ) Con deshidratación moderada ( ) Con deshidratación moderada ( ) Shock ( )

**Tratamiento:**

Plan de tratamiento: A ( ) B ( ) C ( ) Tratamiento antibiótico: Si ( ) No ( )  
 Antibiótico usado: Tetraciclina ( ) Cotrimoxazol ( ) Doxiciclina ( ) Ciprofloxacina ( )  
 Cloranfenicol ( ) Otro: \_\_\_\_\_

**Evolución del paciente:**

Alta: Si ( ) No ( ) Hospitalizado: Si ( ) No ( ) Complicaciones: Si ( ) No ( ) Ignorado ( )  
 Complicaciones: Resultado: Si [ ] No [ ] Hora \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Shock hipervolémico ( ) Lugar de fallecimiento: En el establecimiento de salud [ ] Casa [ ]  
 Acidosis Transferido: Si [ ] No [ ]  
 Insuficiencia renal ( ) Para hospitalización [ ] Para diálisis [ ]  
 Edema agudo de pulmón ( )

**V. LABORATORIO**

Fecha de toma de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de envío al laboratorio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Fecha de recepción en laboratorio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Establecimiento de Salud	Muestra	Examen realizado	Resultado		Serogrupo	Serotipo
			Positivo	Negativo		
	Heces [ ] Suero [ ]	Cultivo [ ] Otro: [ ]	[ ]	[ ]	O1 [ ]	Ogawa [ ] Inaba [ ] Hikojima: [ ]
	Vómitos [ ]	Cultivo [ ] Otro: [ ]	[ ]	[ ]	O139 [ ]	

Otro microorganismo aislado: \_\_\_\_\_

El caso de cólera fue confirmado por laboratorio: ( ) Nexo epidemiológico de un caso confirmado: ( )

**VI. CLASIFICACIÓN** (Marque con una "X")

Clasificación final del caso probable: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sospechoso	Probable	Confirmado	Compatible	Caso descartado [ Anotar la causa ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	

**VII. OBSERVACIONES**

Nombre de la persona que investiga el caso: \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Oficina General de Epidemiología - MINSA**

Correo electrónico: notificacion@oge.sld.pe Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.oge.sld.pe>

**INFOSALUD 0800-10828**

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica



Código:  Fecha de notificación al nivel inmediato superior \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de investigación del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I. DATOS GENERALES**

DISA \_\_\_\_\_ Red \_\_\_\_\_ Establecimiento notificante \_\_\_\_\_  
Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( )

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( )  
Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses  
Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

**Domicilio actual**

Departamento \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Distrito \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_  
Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Número/km./mz. \_\_\_\_\_  
Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

**Para los residentes en otros países:**

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

Inicio de la enfermedad: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Inicio de la atención: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Notificación: \_\_\_\_\_ Defunción \_\_\_\_\_  
Lugar donde estuvo 15 días antes de enfermar:  
¿Asistió a un velorio?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

**Ocurrencia anterior de peste:**

En la vivienda : SI [ ] NO [ ] Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° de casos:.....  
En la localidad : SI [ ] NO [ ] Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° de casos:.....

**Características de la vivienda:**

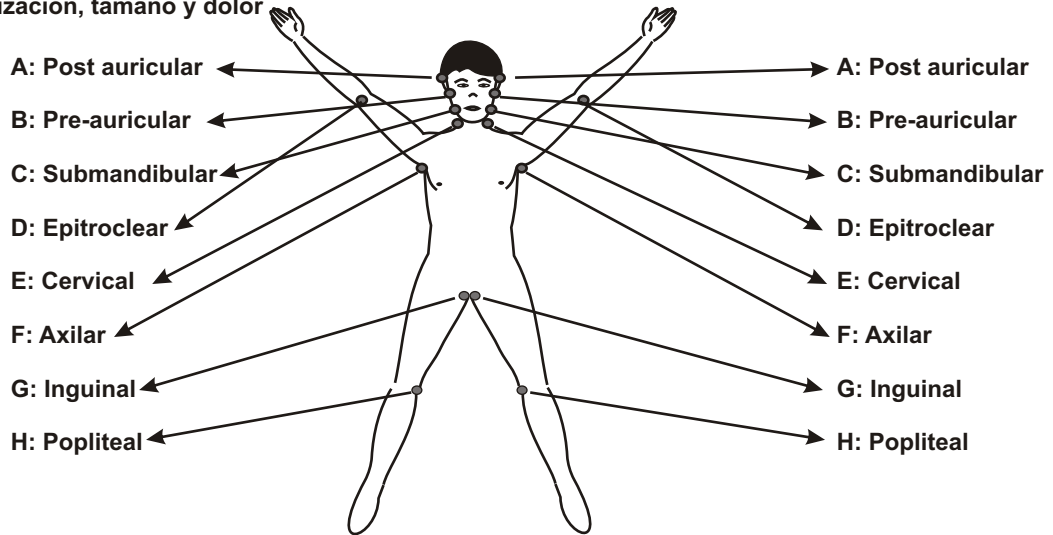
Piso.....	Paredes:.....	Techo:.....
Alimentos almacenados: [ ]	Protegido: [ ]	Desprotegido:[ ]
Basuras: [ ]	Abundante: [ ]	Escasa: [ ]
N° de personas en la vivienda: <input type="text"/>	N° de habitaciones: <input type="text"/>	N° de dormitorios: <input type="text"/>
Presencia de roedores : [ ]	Referida : [ ]	Verificada : [ ]
Presencia de pulgas : [ ]	Referida : [ ]	Verificada : [ ]
Presencia de cuyes : [ ]	En casa : [ ]	Fuera de casa : [ ]
Epizootia en roedores : [ ]	Referida : [ ]	Verificada : [ ]
Epizootia en cuyes : [ ]	Referida : [ ]	Verificada : [ ]

**IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)**

**Síntomas y signos** Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fiebre [ ]	Dolor en zona ganglionar [ ]	Dificultad respiratoria [ ]
Escalofrío [ ]	Dolor pectoral [ ]	Delirio [ ]
Dolor de cabeza [ ]	Tos [ ]	Postración [ ]
Vómito [ ]	Expectoración [ ]	Coma [ ]
Mareos [ ]	Cianosis [ ]	

**BUBÓN:** Indicar localización, tamaño y dolor



**V. ACTIVIDADES DE CONTROL REALIZADAS**

Desinsectación : [ ] Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Insecticida utilizado:.....  
 Desratización : [ ] Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Método:.....  
 Limpieza: Casa : [ ] Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Terrenos : [ ] Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Canales de regadío : [ ] Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**VI. CLASIFICACION** (Marque con una "X")

Clasificación final del caso probable: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Clasificación	Probable	Presuntivo	Definitivo	Caso descartado [ Anotar causa ]
Peste bubónica	[ ]	[ ]	[ ]	
Peste septicémica	[ ]	[ ]	[ ]	
Peste neumónica	[ ]	[ ]	[ ]	

Procedencia del caso: Autóctono [ ] Importado [ ]

**VII. OBSERVACIONES**

Nombre de la persona que investiga el caso: \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Oficina General de Epidemiología - MINSA**

Correo electrónico: [notificacion@oge.sld.pe](mailto:notificacion@oge.sld.pe) Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.oge.sld.pe>

**INFOSALUD 0800-10828**

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica



Código:  Fecha de notificación al nivel inmediato superior \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de investigación del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### I. DATOS GENERALES

DISA \_\_\_\_\_ Red \_\_\_\_\_ Establecimiento notificante \_\_\_\_\_  
Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( )

### II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( )  
Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses  
Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

#### Domicilio actual

Departamento \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Distrito \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_  
Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Número/km./mz. \_\_\_\_\_  
Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

#### Para los residentes en otros países:

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Antecedentes de haber estado enfermo por malaria?: Si [ ] No [ ] Fecha: Mes \_\_\_\_ Año: \_\_\_\_

¿Fue atendido por un establecimiento de salud?: Si [ ] No [ ]

¿Ha viajado a áreas con transmisión de malaria o paludismo en los últimos 15 días? (lugar probable de contagio): Si [ ] No [ ]  
Ignorado [ ] ¿A qué lugar?

Fecha de viaje	Localidad	Valle o río	Distrito	Provincia	Tiempo permanencia	
					Días	Semanas

¿Donde viven los zancudos o mosquitos?: \_\_\_\_\_

¿Usa mosquitero para protegerse de los "mosquitos" o "zancudos" cuando duerme?: Si [ ] No [ ]

¿Existe (n) otra (s) persona (s) con síntomas similares en la localidad donde vive o donde viajó?: Si [ ] No [ ] Ignorado [ ]

Investigación de colaterales: ¿Cuántas personas viven en su casa? (verificar mediante visita a la vivienda): \_\_\_\_\_

Si 1 o más colaterales se confirma por laboratorio debe notificarse y debe registrarse en otra ficha.

Apellidos y nombres	Sexo/Edad		Parentesco	Gota fresca		Fecha de toma de muestra	Resultado	
	M	F		Fiebre	Sin fiebre		Positivo	Negativo

(\*) = Esta ficha es para uso exclusivo para la malaria por *Plasmodium falciparum*, excepcionalmente puede usarse hasta el nivel de DISA para la infección por *P. vivax* cuando sea un caso complicado.

IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)				
<b>Síntomas y signos</b>			Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___	
Dolor de cabeza [ ]	Palidez [ ]	Coma [ ]	Sudoración [ ]	
Dolores musculares [ ]	Hepatomegalia [ ]	Fiebre [ ]	Ictericia [ ]	
Escalofríos [ ]	Esplenomegalia [ ]		Otro: [ ]	
¿Cada que tiempo presenta fiebre, sudoración y escalofríos?: Cada 24 horas [ ] Cada 48 horas [ ] Cada 72 horas [ ]				
Hospitalizado : Si ( ) No ( ) N° de Historia clínica: _____ Fecha de hospitalización: ___/___/___				
Tratamiento del paciente: Fecha de inicio: ___/___/___ Medicamento: _____				
Resultado del tratamiento: Curado ( ) Tratamiento incompleto ( ) Resistente ( ) Fallecido ( )				
Fecha de fallecimiento: ___/___/___				
Causas del tratamiento incompleto: Vómitos [ ] Diarrea [ ] Abandono [ ] Otro: _____ [ ]				
V. LABORATORIO				
Fecha de toma de muestra: ___/___/___ Fecha de envío al laboratorio ___/___/___				
Establecimiento de Salud	Muestra	Exámen realizado	Resultado	Fecha de examen
	Sangre	Gota fresca [ ]	Positivo [ ]	Negativo [ ]
		Frotis [ ]	[ ]	[ ]
		Pruebas rápidas (tiras reactivas) [ ]	[ ]	[ ]
		PCR [ ]	[ ]	[ ]
	Suero	IFI [ ]	[ ]	[ ]
Control parasitológico postratamiento: 7días ( ) 14 días ( ) 21 días ( ) 28 días ( ) Resultado:				
VI. CLASIFICACIÓN (Marque con una "X" )				
			Clasificación final del caso probable: Fecha: ___/___/___	
Clasificación	Probable	Confirmado	Caso descartado [ Anotar la causa ]	
Malaria grave o complicada	[ ]	[ ]		
Muerte por malaria	[ ]	[ ]		
Fracaso al tratamiento terapéutico	[ ]	[ ]		
Procedencia del caso: Autóctono [ ] Importado [ ]				
VII. OBSERVACIONES				
Nombre de la persona que investiga el caso: _____				
Cargo _____ Firma _____				

**Oficina General de Epidemiología - MINSA**

Correo electrónico: [notificacion@oge.sld.pe](mailto:notificacion@oge.sld.pe) Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.oge.sld.pe>

**INFOSALUD 0800-10828**

**Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica**



Código:  Fecha de notificación al nivel inmediato superior \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de investigación del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I. DATOS GENERALES**

DISA \_\_\_\_\_ Red \_\_\_\_\_ Establecimiento notificante \_\_\_\_\_

Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( )

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( )

Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses

Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Domicilio actual**

Departamento \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Número/km./mz. \_\_\_\_\_

Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

**Para los residentes en otros países:**

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

¿Anteriormente tuvo dengue? Si ( ) No ( )

¿Existe (n) otra (s) persona (s) con síntomas similares en la localidad donde vive?: Si [ ] No [ ] Ignorado [ ]

¿Ha viajado en los últimos 10 días antes de enfermar?: Si [ ] No [ ] Ignorado [ ] ¿A qué lugar?

Lugar probable de infección:

**¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto?**

Departamento \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Número/km./mz. \_\_\_\_\_

Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

¿Hay mosquitos del dengue (*Aedes*) en la localidad donde vive?: Si [ ] No [ ] Ignorado [ ]

¿De dónde obtiene el agua que consume? Red ( ) Pozo ( ) Cisterna ( ) Otro: \_\_\_\_\_ ( )

¿Almacena el agua de consumo doméstico? Si [ ] No [ ]

**IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)**

**Síntomas y signos**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fiebre	[ ]	Hematemesis (vómito con sangre)	[ ]	Palidez	[ ]
Dolor de cabeza	[ ]	Gingivorragia (sangrado de encías)	[ ]	Piel fría y húmeda	[ ]
Dolor de ojos	[ ]	Ginecorragia (sangrado vaginal)	[ ]	Pulso rápido y débil	[ ]
Dolor de cuerpo	[ ]	Hematuria (sangre en la orina)	[ ]	Alteraciones del sensorio	[ ]
Dolor de huesos	[ ]	Ascitis (líquido en la cavidad abdominal)	[ ]	Diferencial de la PA < 20 mm	[ ]
Dolor abdominal	[ ]	Derrame pleural	[ ]	Inapetencia (falta de apetito)	[ ]
Erupción cutánea	[ ]	Hipotensión ortostática	[ ]	Hematocrito 20% más de lo normal	[ ]

Prueba del lazo positiva o manguito	<input type="checkbox"/>	Plaquetas < 100,000	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>
Petequias	<input type="checkbox"/>	Escalofríos	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>
Epistaxis (sangrado nasal)	<input type="checkbox"/>	Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	Náuseas y/o vómitos	<input type="checkbox"/>
				Otro: .....	<input type="checkbox"/>

**Hospitalización**

El paciente fue hospitalizado Si  No  N° Historia clínica : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Recibió tratamiento: Si  No  Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Resultado: Curado  Fallecido  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**V. LABORATORIO**

Fecha de toma de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de envío al laboratorio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Muestra	Establecimiento de Salud	Examen realizado	Resultado	Fecha de examen
Primera muestra: Sangre (fase aguda)		Cultivo <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/>	Positivo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Reactivo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Serotipo: _____ Genotipo: _____	
Suero (fase aguda)		ELISA <input type="checkbox"/>	Ig M: (Título): _____	
Segunda muestra: Suero		ELISA <input type="checkbox"/>	Ig M: (Título): _____	

El caso de dengue fue confirmado por laboratorio: Si (  ) No (  ), si es "SI", especificar: \_\_\_\_\_  
 Nexo epidemiológico: \_\_\_\_\_

**VI. CLASIFICACIÓN** (Marque con una "X")

Clasificación final del caso probable: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Clasificación	Probable	Confirmado	Caso descartado [ Anotar la causa ]
Dengue clásico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dengue hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Con manifestaciones hemorrágicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Síndrome de shock por dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Procedencia del caso: Autóctono  Importado

**VII. OBSERVACIONES**

Nombre de la persona que investiga el caso: \_\_\_\_\_  
 Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Oficina General de Epidemiología - MINSA**

Correo electrónico: notificacion@oge.sld.pe Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: http://www.oge.sld.pe

**INFOSALUD 0800-10828**

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica



Código:  Fecha de notificación al nivel inmediato superior \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de investigación del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I. DATOS GENERALES**

DISA \_\_\_\_\_ Red \_\_\_\_\_ Establecimiento notificante \_\_\_\_\_  
Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( )

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( )  
Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses  
Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

**Domicilio actual**

Departamento \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Distrito \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_  
Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Número/km./mz. \_\_\_\_\_  
Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

**Para los residentes en otros países:**

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

¿Antecedente de presentar enfermedad inmunosupresora?: Si [ ] No [ ] Si es Sí, especificar: \_\_\_\_\_  
¿Viajes a áreas con transmisión de leishmaniasis en los últimos 30 días (lugar probable de infección)?: Si [ ] No [ ]

Fecha de viaje	Localidad	Valle o río	Distrito	Provincia	Tiempo permanencia	
					Días	Semanas

¿Ha visto otra persona con "uta" o "espundia" en la localidad donde vive?: Si [ ] No [ ] Ignorado [ ]  
¿Ha visto "titira" o "manta blanca" o "lalapo" o "quitis" en la localidad donde vive?: Si [ ] No [ ] Ignorado [ ]  
¿Usa mosquitero para protegerse de los "mosquitos" o "zancudos" cuando duerme?: Si [ ] No [ ]

**IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)**

**Síntomas y signos**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dolor en la lesión [ ] Disfonía (ronquera) [ ] Cicatriz o secuela [ ]  
Prurito local [ ] Dificultad respiratoria [ ] Otro: ..... [ ]  
Tupidez nasal [ ] Pérdida de peso [ ]

**Lesión cutánea activa:**

Número de lesiones: \_\_\_\_\_ Secuela: Si [ ] No [ ]  
Localización de la lesión activa (Marcar con una "X"): Cara/Cuello [ ] Miembro superior [ ] Tronco [ ] Miembro inferior [ ]

**Lesión mucocutánea activa:**

Número de lesiones: \_\_\_\_\_ Secuela: Si [ ] No [ ]  
Localización de la lesión (Marcar con una "X"): Úvula [ ] Paladar [ ] Faringe [ ] Epiglotis [ ] Fosas nasales [ ] Septum nasal [ ]

**Tratamiento:**

Sólo para los que han padecido la enfermedad anteriormente:

¿Ha recibido tratamiento contra la "uta" o "espundia": Si  No  Recibió tratamiento Si  No ¿Recibió o recibe tratamiento actual: Si  No 

Medicamento	Vía de administración	Ciclo	Fecha de inicio	Fecha de término	Efectos colaterales

Resultado del tratamiento actual: Curado Si  No  Número de historia clínica: \_\_\_\_\_**V. LABORATORIO**

Fecha de toma de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de envío al laboratorio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Establecimiento de Salud	Muestra	Examen realizado	Resultado		Fecha de examen
			Positivo	Negativo	
	Frotis	Microscópico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tejido	Histopatología <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Cultivo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Suero	IFI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Leishmania</i>	Infradermorreacción <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

El caso de leishmaniasis fue confirmado por laboratorio: Si (  ) No (  )**VI. CLASIFICACIÓN** (Marque con una "X")

Clasificación final del caso probable: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CLASIFICACIÓN	Probable	Confirmado	Compatible	Descartado [ Motivo de descarte ]
Leishmaniasis cutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leishmaniasis mucocutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Procedencia del caso: Autóctono  Importado **VII. OBSERVACIONES**

Nombre de la persona que investiga el caso \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Oficina General de Epidemiología - MINSA**Correo electrónico: [notificacion@oge.sld.pe](mailto:notificacion@oge.sld.pe) Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.oge.sld.pe>**INFOSALUD 0800-10828****Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica**



Código:

Fecha de notificación al nivel inmediato superior \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de investigación del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### I. DATOS GENERALES

DISA \_\_\_\_\_ Red \_\_\_\_\_ Establecimiento notificante \_\_\_\_\_

Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( )

### II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( )

Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses

Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

#### Domicilio actual

Departamento \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona<sup>1</sup>: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Vía<sup>2</sup>: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Número/km./mz. \_\_\_\_\_

Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

#### Para los residentes en otros países:

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

A. ¿Hubieron casos reportados de sarampión en los últimos 30 días en su jurisdicción?: Si [ ] No [ ]

B. ¿Se han reportado otras erupciones febriles (varicela, exantema súbito, etc.) en su jurisdicción?: Si [ ] No [ ]

¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_

#### ¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto?

Departamento \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona<sup>1</sup>: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Vía<sup>2</sup>: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Número/km./mz. \_\_\_\_\_

Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

### IV. CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)

Fecha de inicio de fiebre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de inicio de erupción máculo papular: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº de días de duración \_\_\_\_\_ Nº de días de duración \_\_\_\_\_

Temperatura \_\_\_\_\_

#### Síntomas y signos (marque con "X")

#### Complicaciones

Tos	[ ]	Rinorrea	[ ]	Otitis media	[ ]
Coriza	[ ]	Artralgias	[ ]	Neumonía	[ ]
Agrandamiento de ganglios cervicales	[ ]	Otros	[ ]	Diarrea	[ ]
Agrandamiento de ganglios retroauriculares	[ ]			Convulsiones	[ ]
Conjuntivitis	[ ]	Lactancia materna < 1 año	[ ]	Otras	[ ]

Describir la erupción (color, inicio, distribución, duración, prurito, secuela, etc.)

#### Hospitalización

El paciente fue hospitalizado Si [ ] No [ ] Nº Historia clínica : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Gestante: Si [ ] No [ ] Nº de semanas de gestación: \_\_\_\_\_ Este caso tuvo contacto con gestante: Si [ ] No [ ]

Nº Semanas de gestación en que sucedió el contacto: \_\_\_\_\_

Recibió tratamiento: Si [ ] No [ ] Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado: Fallecido [ ] Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Códigos de Zona: [1] Urbanización, [2] Villa, [3] Cooperativa, [4] Proy Municipal vivienda, [5] PJPJ/AAHH, [6] otro

<sup>2</sup> Vía: [1] Avenida, [2] Calle, [3] Pasaje, [4] Jirón, [5] Otro

**Antecedentes vacunales**

Sólo considerar dosis de vacuna con componente antisarampionoso (ASA, SRP, SR) documentadas con el carné de vacunación, si no lo hubiera, investigar en archivos de establecimiento de salud donde se vacunó.

A. Vacunado con ASA [ ] SPR [ ] SR [ ]: N° de dosis recibidas: \_\_\_\_\_ Fecha de la última dosis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Establecimiento de salud donde se vacunó: \_\_\_\_\_ N° de lote: \_\_\_\_\_

B. No vacunado [ ] Ignorado [ ] (se considera como tal si no hay carné de vacunación).

**V. LABORATORIO**

Tipo de muestra	Fecha de obtención de la muestra	Fecha de muestra adicional		Fecha de envío EESS Red/Microred	Fecha de envío DISA a INS	Fecha de emisión resultado INS	Fecha de recepción resultados en Epidemiología DISA
		2da	3ra				
Suero							
Orina							
Hisopado nasofaríngeo							

**VI. CLASIFICACIÓN**

Fecha de clasificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Caso confirmado como: Sarampión [ ] Se confirma por: Laboratorio: IgM Captura (+) [ ] IgM Directa (+) [ ] Posvacunal (\*) [ ]  
 Rubeóla [ ] Clínica (\*) [ ]  
 Descartado [ ] Nexo epidemiológico [ ]

(\*) Estos casos sólo podrán ser clasificados como tal luego de hacerse el estudio adicional correspondiente según lo previsto en el BUHO

**VII. ACTIVIDADES DE CAMPO****1.- Cadena de transmisión: Objetivo: Identificar al caso primario. Instrucciones:**

- A.- Tomar como referencia la fecha de inicio de erupción del caso.  
 B.- Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 18 días antes y 7 días después del inicio de la erupción.  
 C.- Enumerar en orden cronológico en la siguiente tabla.  
 D.- Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 18 días a partir de su captación, para los que inician erupción se apertura nuevas fechas.

Fecha del contacto	Lugar de contacto: puede ser su domicilio, un colegio, etc. en una localidad o distrito	Nombre del contacto	Edad	Vacunación con ASA, SRP o SR		Fecha de inicio erupción	Fecha obtención de muestra del contacto
				N° Dosis	Fecha última vacunación		

**2.-Acciones de control** (iniciar de inmediato cuando se presenta un caso probable)

**Bloqueo** Localidad (es) \_\_\_\_\_ **Búsqueda activa** (otros casos similares en el área o localidades vecinas)  
 Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ N° casos hallados \_\_\_ Ingresan al sistema \_\_\_ Se descartan \_\_\_ (no cumplen criterio)

< 1 año	1- 4 años	5 -14 años	> 15 años	Total vacunados	Casas abiertas (casas donde se vacunó)	Casas cerradas (sus residentes han salido)	Casas Abandonadas	Total casas

**IX. OBSERVACIONES**

Nombre de la persona que investiga el caso: \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Oficina General de Epidemiología - MINSA**

Correo electrónico: notificacion@oge.sld.pe Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.oge.sld.pe>**INFOSALUD 0800-10828****Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica**



Código:

Fecha de notificación al nivel inmediato superior \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de investigación del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I. DATOS GENERALES**

DISA \_\_\_\_\_ Red \_\_\_\_\_ Establecimiento notificante \_\_\_\_\_

Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( )

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( )

Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses

Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Domicilio actual**

Departamento \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Número/km./mz. \_\_\_\_\_

Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

**Para los residentes en otros países:**

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

Posible contacto en los últimos 14 días anteriores al inicio de la enfermedad: Si [ ] No [ ]  
en caso afirmativo marque con una "X" la (s) alternativa (s)

**Exposición (contacto)**

**Especie (tipo de animal)**

	Vacuno	Ovino	Caprino	Equino	Otro
¿Participó o intervino en el sacrificio de un animal enfermo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
¿Participó en el descuartizamiento de un animal muerto?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
¿Tuvo contacto con cuero, piel, lana, pelo, harina de carne y hueso?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
¿Consumió carne y/o vísceras (menudencia) de animal enfermo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
¿Manipuló carne y/o vísceras (menudencia) de animal enfermo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Otro tipo de contacto: _____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

**¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto?**

Departamento \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)

Número/km./mz. \_\_\_\_\_

Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

**¿Qué otras personas han estado expuestas (contactos)?**

Apellidos y nombres	Sexo/Edad		Tipo de contacto (exposición)	Dirección	Localidad
	M	F			

† Códigos de Zona: [1] Urbanización, [2] Villa, [3] Cooperativa, [4] Proy Municipal vivienda, [5] PPJJ/AAHH, [6] otro

• Vía: [1] Avenida, [2] Calle, [3] Pasaje, [4] Jirón, [5] Otro

**IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO** (Marque con una "X" los síntomas que presenta)**Síntomas y signos**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lesión cutánea: Si ( ) No ( ), en caso afirmativo indicar el número de lesiones:

Localización de la lesión: Cara/Cuello ( ) Miembro superior ( ) Tronco ( ) Miembro inferior ( )

## Características de la lesión:

Prurito	[ ]	Edema extenso (puede abarcar la extremidad superior o inferior)	[ ]
Enrojecimiento	[ ]	Dolor abdominal	[ ]
Ampollas o vesículas	[ ]	Tos	[ ]
Edema perilesional	[ ]	Expectoración	[ ]
Fiebre	[ ]	Expectoración hemoptoica o hemoptisis	[ ]
Dolores articulares	[ ]	Dificultad respiratoria	[ ]

Diarrea: Si [ ] No [ ], en caso afirmativo indicar características: Acuosa [ ] Moco [ ] Sangre [ ]

**Hospitalización**

El paciente fue hospitalizado Si [ ] No [ ] N° Historia clínica : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recibió tratamiento: Si [ ] No [ ] Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado: Curado [ ] Fallecido [ ] Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**V. LABORATORIO**

Fecha de toma de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de envío al laboratorio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Establecimiento de Salud	Muestra	Examen realizado			Resultado		Fecha de examen
		Gram	Cultivo	Otro	Positivo	Negativo	
	Líquido seroso	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	Exudado de lesión	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	Heces	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	Espuito	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	Otra: _____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	

El caso de carbunco fue confirmado por laboratorio: Si [ ] No [ ]

**VI. CLASIFICACIÓN** (Marque con una "X")

Clasificación final del caso probable: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Clasificación	Probable	Confirmado	Caso descartado [ Anotar la causa ]
Carbunco cutáneo	[ ]	[ ]	
Carbunco gastro-intestinal	[ ]	[ ]	
Carbunco meníngeo	[ ]	[ ]	
Carbunco inhalatorio	[ ]	[ ]	
Carbunco septicémico	[ ]	[ ]	

**VII. OBSERVACIONES**

Nombre de la persona que investiga el caso: \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Oficina General de Epidemiología - MINSA**

Correo electrónico: notificacion@oge.sld.pe Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: http://www.oge.sld.pe

**INFOSALUD 0800-10828**

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica



Código:  Fecha de notificación al nivel inmediato superior \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de investigación del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I. DATOS GENERALES**

DISA \_\_\_\_\_ Red \_\_\_\_\_ Establecimiento notificante \_\_\_\_\_  
Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( )

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( )  
Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses  
Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

**Domicilio actual**

Departamento \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Distrito \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_  
Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Número/km./mz. \_\_\_\_\_  
Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

**Para los residentes en otros países:**

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

**¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto?**

Departamento \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Distrito \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_  
Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Número/km./mz. \_\_\_\_\_  
Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA INFECCIÓN RÁBICA Y TRATAMIENTO**

Exposición al virus por:  
Mordedura ( ) Contacto ( ) Ignorado ( )  
Si es mordedura:  
Localización \_\_\_\_\_  
Herida: única ( ) múltiple ( )  
Tipo: superficial ( ) profunda ( )

Fecha de la exposición: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tenía vacunación anterior: Si ( ) No ( ) Desconocido ( )  
Se aplicó antirrábica: Si ( ) No ( ) Desconocido ( )  
Fecha de aplicación del suero: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fecha de la 1era dosis de vacuna: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fecha última dosis de vacuna: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Número de dosis aplicadas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

Fecha de inicio de los primeros síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fecha de la muerte: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Medios de confirmación diagnóstica:  
\_\_\_\_\_

**DATOS DE LA VACUNA UTILIZADA**

Tipo de vacuna: \_\_\_\_\_  
Laboratorio productor: \_\_\_\_\_  
Nº de lote: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ANIMAL CAUSANTE DE LA EXPOSICIÓN**

Especie	Condición del animal mordedor:	Si es rabioso se confirmó por laboratorio:
Perro ( )	Escapado ( ) Observado ( ) No se informó ( )	Si ( )
Gato ( )	Rabioso: Si ( ) No ( ) No se informó ( )	No ( )
Otro ( ) Especificar: _____		No se informó ( )
Desconocido ( )		

**IV) DATOS PARA INVESTIGACIÓN (SI EL PACIENTE RECIBIÓ VACUNA)**

¿Existen muestras disponibles de vacuna utilizada?

Si ( ) No ( ) No sabe ( )

Suero sanguíneo del paciente

Si ( ) No ( ) No sabe ( )

¿Líquido Cefaloraquídeo del paciente?

Si ( ) No ( ) No sabe ( )

¿Tejido nervioso?

Si ( ) No ( ) No sabe ( )

¿A quién se puede solicitar la muestra?

\_\_\_\_\_

**VI. CLASIFICACIÓN** (Marque con una "X")

Clasificación del caso probable: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Clasificación	Sospechoso	Probable	Confirmado	Caso descartado [ Anotar la causa ]
Rabia	[ ]	[ ]	[ ]	

**VI) OBSERVACIONES**

Nombre de la persona que investiga el caso: \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Oficina General de Epidemiología - MINSA**Correo electrónico: [notificacion@oge.sld.pe](mailto:notificacion@oge.sld.pe) Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.oge.sld.pe>**INFOSALUD 0800-10828****Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica**



Código:  Fecha de notificación al nivel inmediato superior \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de investigación del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### I. DATOS GENERALES

DISA \_\_\_\_\_ Red \_\_\_\_\_ Establecimiento notificante \_\_\_\_\_  
Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( )

### II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( )  
Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses  
Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

#### Domicilio actual

Departamento \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Distrito \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_  
Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Número/km./mz. \_\_\_\_\_  
Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

#### Para los residentes en otros países:

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

#### Datos del animal agresor:

Serpiente:  
Género \_\_\_\_\_ Especie \_\_\_\_\_  
Nombre común \_\_\_\_\_

#### Lesión:

Localización: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora de producida la mordedura: \_\_\_\_\_

### IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)

Síntomas y signos \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Locales

Edema [ ] Eritema [ ] Equimosis [ ]  
Dolor [ ] Parestesia [ ] Necrosis [ ]

#### Sistémicos

Sudoración [ ] Sialorrea [ ] Mialgia [ ]  
Cefalea [ ] Mareos [ ] Vómitos [ ]  
Hipotensión arterial [ ] Anuria [ ] Fascies neurotóxica [ ]  
Dolor abdominal [ ] Epistaxis [ ] Gingivorragia [ ]  
Hematuria [ ] Hematemesis [ ] Hemoptisis [ ]  
Melena [ ] Oliguria [ ] Hipertensión arterial [ ]

HOSPITALIZADO SI  NO  AMBULATORIO SI  NO

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ H.C. \_\_\_\_\_

Tiempo de enfermedad al momento de hospitalización \_\_\_\_\_ (en días)

Tiempo en ser trasladado al hospital desde su domicilio \_\_\_\_\_ Horas   
Minutos

Diagnóstico de ingreso: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

**Evolución:**

Condición de egreso

Alta/Recuperado Fallecido Incapacidad física Diagnóstico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Si  No 

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**V. LABORATORIO**

Fecha de toma de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de envío al laboratorio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre Laboratorio \_\_\_\_\_

**PRUEBAS****RESULTADOS**

Tiempo de coagulación

Hemograma

Creatinina

Orina completo

**VI. TRATAMIENTO**Antibotrópico polivalente INS Antibotrópico bivalente INS Antilachésico INS Antiloxocélico INS 

Otro \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Fracos \_\_\_\_\_

**VII. OBSERVACIONES**

Nombre de la persona que investiga el caso: \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Oficina General de Epidemiología - MINSA**Correo electrónico: [notificacion@oge.sld.pe](mailto:notificacion@oge.sld.pe) Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.oge.sld.pe>**INFOSALUD 0800-10828****Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica**



**I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

<b>Institución de procedencia</b>	<b>Conocimiento del caso:</b>	<b>Ubicación del establecimiento:</b>
1) MINSA _____ 4) PNP _____	1) Notificación _____	Red de salud _____ Departamento _____
2) ESSALUD _____ 5) Privado _____	2) Búsqueda activa _____	Micro red de salud _____ Provincia _____
3) FF.AA. _____ 6) Otro _____		Establecimiento _____ Distrito _____

**II. DATOS DE LA FALLECIDA**

<b>Identificación de la fallecida</b>	<b>Estado conyugal/marital:</b>	<b>Condición laboral:</b>	<b>Grado de instrucción:</b>	<b>Idioma:</b>
Apellido paterno _____	1) Conviviente _____	1) Su casa _____	1) Sin educación _____	1) Castellano _____
Apellido materno _____	2) Casada _____	2) Eventual _____	2) Primaria _____	2) Bilingüe _____
Nombres _____	3) Viuda _____	3) Estable _____	3) Secundaria _____	3) Solo lengua materna _____
Edad _____	4) Divorciada _____	4) Ignorado _____	4) Superior _____	Sabe leer y escribir: _____
Doc. Identidad _____	5) Separada _____		5) Ignorado _____	1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
Religión _____	6) Soltera _____			Afiliado al SIS: _____
	7) Ignorado _____			1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
				Código de afiliación _____

**Domicilio actual**

Departamento \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Distrito \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_  
Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Vía: [ ] \_\_\_\_\_  
(especificar nombre)  
Número/km./mz. \_\_\_\_\_  
Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

**Apellidos y nombres:**

**Datos:**  
Se ignora: \_\_\_\_\_ Si  No   
Sabe leer y escribir: 1)  2)   
Edad \_\_\_\_\_

**Condición laboral:**

1) Desocupado  3) Estable   
2) Eventual  4) Ignorado

**Grado de Instrucción:**

1) Sin educación  4) Superior   
2) Primaria  5) Ignorado   
3) Secundaria

**IV. ANTECEDENTES**

<b>Datos de embarazos anteriores:</b>	<b>Período intergenésico</b>	<b>Antecedentes patológicos de la fallecida:</b>
Gestas <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/>	1) < 2 años <input type="checkbox"/> 3) > 4 años <input type="checkbox"/>	1) Ninguno <input type="checkbox"/> 4) Hiper Art. <input type="checkbox"/> 7) Infecc. Urinaria <input type="checkbox"/>
Nacidos a término <input type="checkbox"/> Nacidos muertos <input type="checkbox"/>	2) 2-4 años <input type="checkbox"/> 4) No aplica <input type="checkbox"/>	2) Anémica <input type="checkbox"/> 5) Diabetes <input type="checkbox"/> 8) Cirugía útero <input type="checkbox"/>
Nacidos pretermino <input type="checkbox"/> Hijos vivos act. <input type="checkbox"/>		3) TBC <input type="checkbox"/> 6) Infertilidad <input type="checkbox"/> 9) Ignorado <input type="checkbox"/>
		10) Otra _____

**V. ANTECEDENTES DEL EMBARAZO ACTUAL**

<b>Control prenatal</b>	<b>Lugar del control prenatal:</b>	<b>Fecha de la última regla:</b>	<b>Última hosp. Embarazo actual:</b>
1) Si <input type="checkbox"/>	1) P.S. <input type="checkbox"/>	Día _____ Mes _____ Año _____	(complicaciones durante el mismo)
2) No <input type="checkbox"/>	2) C.S. <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
3) Ignorado <input type="checkbox"/>	3) Hospital <input type="checkbox"/>	Edad gestacional _____	Día _____ Mes _____ Año _____
N° CPN: _____	4) Otro <input type="checkbox"/>	al fallecer: _____ Semanas	Tiempo de permanencia: Días _____
	Especifique: _____	Tuvo visitas domiciliarias: 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	No aplica: <input type="checkbox"/>

Referido: 1) Si  2) No  Nombre del establecimiento que refiere: \_\_\_\_\_  
Motivo de Referencia: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico de Ingreso: \_\_\_\_\_

**VI. DATOS DEL ABORTO O PARTO**

<b>Aborto:</b> 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Fecha: _____ Hora: _____	<b>Lugar:</b> 1) P.S. <input type="checkbox"/> 4) Clínica <input type="checkbox"/> 2) C.S. <input type="checkbox"/> 5) Cons. Part <input type="checkbox"/> 3) Hosp <input type="checkbox"/> 6) Domic. <input type="checkbox"/> 7) Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____	<b>Tipo de aborto:</b> 1) Espontáneo <input type="checkbox"/> 2) Inducido <input type="checkbox"/> Especifique _____	<b>Atendió el aborto o evacuación:</b> 1) Ginecobstetra <input type="checkbox"/> 2) Médico <input type="checkbox"/> 3) Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____	<b>Aborto complicado con:</b> 1) Hemorragia <input type="checkbox"/> 2) Infección <input type="checkbox"/> 3) Se ignora <input type="checkbox"/> 4) Otro <input type="checkbox"/>	<b>Evacuación Uterina:</b> 1) No <input type="checkbox"/> 2) legrado <input type="checkbox"/> 3) AMEU <input type="checkbox"/> 4) Asp. Elect <input type="checkbox"/>	<b>Anestesia:</b> 1) No <input type="checkbox"/> 2) Gen <input type="checkbox"/> 3) Epid <input type="checkbox"/> 4) Analog <input type="checkbox"/> 5) Otro <input type="checkbox"/>
---	--	---	--	---	---	--

<b>Parto:</b> 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Fecha: _____ Hora: _____	<b>Lugar:</b> 1) P.S. <input type="checkbox"/> 4) Clínica <input type="checkbox"/> 2) C.S. <input type="checkbox"/> 5) Cons. Part <input type="checkbox"/> 3) Hosp <input type="checkbox"/> 6) Domic. <input type="checkbox"/> 7) Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____	<b>Tipo:</b> 1) Eutócico <input type="checkbox"/> 2) Distócico <input type="checkbox"/> Especifique _____	<b>Tipo de parto Distócico:</b> 1) Cesárea <input type="checkbox"/> 4) Podálico <input type="checkbox"/> 2) Forceps <input type="checkbox"/> 5) Múltiple <input type="checkbox"/> 3) Vacumm <input type="checkbox"/> 6) Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____	<b>Atendió el parto:</b> 1) G-O <input type="checkbox"/> 5) Técnico <input type="checkbox"/> 2) Médico <input type="checkbox"/> 6) Partera <input type="checkbox"/> 3) Obst <input type="checkbox"/> 7) Pareja/familiar <input type="checkbox"/> 4) Enferm <input type="checkbox"/> 8) Otro <input type="checkbox"/>
--	--	--	---	--

<b>Inicio de trabajo de parto:</b> 1) No hubo <input type="checkbox"/> 2) Espontáneo <input type="checkbox"/> 3) Inducido <input type="checkbox"/>	<b>N° Inducciones</b> Indicación médica 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	<b>Tiempo de inducción:</b> Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	<b>Rotura prematura de Memb.</b> 0 Ignora: <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tiempo antes del parto: Días <input type="text"/> Horas <input type="text"/>	<b>Tiempo trabajo de parto:</b> 1) Prolongado <input type="checkbox"/> 2) Precipitado <input type="checkbox"/> > 12 hrs < 3 hrs 3) Se ignora <input type="checkbox"/> 4) Otro <input type="checkbox"/> 5) Especifique _____
---	--	---	---	---

Indicación de la cesárea: \_\_\_\_\_

<b>Tipo de cesárea:</b> 1) Electiva <input type="checkbox"/> 2) Emergencia <input type="checkbox"/>	<b>Momento:</b> 1) Anteparto <input type="checkbox"/> 2) Intraparto <input type="checkbox"/>	<b>Tiempo operatorio</b> <input type="text"/>	<b>Tipo de Anestesia:</b> 1) General <input type="checkbox"/> 3) Epidural <input type="checkbox"/> 2) Raquídea <input type="checkbox"/> 4) Otra <input type="checkbox"/>	<b>Profesional que administra la anestesia:</b> 1) Anestesiólogo <input type="checkbox"/> 3) Enfermera <input type="checkbox"/> 2) Médico general <input type="checkbox"/> 4) Otro <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	---

**VII. DATOS DEL ALUMBRAMIENTO**

<b>Alumbramiento:</b> 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Fecha <input type="text"/> Hora de Alum. <input type="text"/>	<b>Lugar:</b> 1) P.S. <input type="checkbox"/> 4) Clínica <input type="checkbox"/> 2) C.S. <input type="checkbox"/> 5) Cons. Part <input type="checkbox"/> 3) Hosp <input type="checkbox"/> 6) Domic. <input type="checkbox"/> 7) Otro _____	<b>Expulsión de la placenta:</b> 1) Completa <input type="checkbox"/> 3) Plac. Ret <input type="checkbox"/> > 30 m 2) Incompleta <input type="checkbox"/> 4) Otra <input type="checkbox"/>	<b>Complicaciones durante el alumbramiento:</b> 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Especifique _____
---	--	---	--

**VIII. DATOS DEL PUERPERIO**

<b>Puerperio:</b> 1) Normal <input type="checkbox"/> 4) Endometritis <input type="checkbox"/> 2) Atonía <input type="checkbox"/> 5) Eclampsia <input type="checkbox"/> 3) Hemorragia por desgarro <input type="checkbox"/> 6) Otro <input type="checkbox"/>	Especifique _____ _____
--	----------------------------

**IX. OTROS PROCEDIMIENTOS**

<b>Procedimientos:</b> 1) No <input type="checkbox"/> 5) Histerectomía <input type="checkbox"/> 2) Cuidocentesis <input type="checkbox"/> 6) Salpingooforect. <input type="checkbox"/> 3) Revisión de cavidad <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> 4) Legrado puerperal <input type="checkbox"/> 7) Salpingooforect <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> 8) Otro _____	<b>Complicaciones durante el procedimiento:</b> 1) No <input type="checkbox"/> 5) Sangrado <input type="checkbox"/> 2) Vejiga <input type="checkbox"/> 6) Shock Hemorr. <input type="checkbox"/> 3) Ureter <input type="checkbox"/> 7) Anestesia <input type="checkbox"/> 4) Intestino <input type="checkbox"/> 8) Coagul. Intrav. <input type="checkbox"/> Disem. <input type="checkbox"/> 9) Otro _____	<b>Complicaciones después el procedimiento:</b> 1) Shock Hemorr. <input type="checkbox"/> 3) CID <input type="checkbox"/> 2) Shock Séptico <input type="checkbox"/> 4) Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____
---	---	---

**X. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO:** (incluya operaciones, tipo, tiempo y consignar datos de hospitalizaciones previas al embarazo actual)

---



---



---



---



---



---

<b>Expansores plásticos:</b> 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Especifique _____	<b>Requirio sangre:</b> 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	<b>Transfusión:</b> 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Volumen: _____	<b>Dificultad para obtener sangre:</b> 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> ¿Porqué? _____
--	--	--	---

**XI. DATOS DEL FALLECIMIENTO MATERNO**

Fecha: _____ Hora _____ Semana Epidemiológica: _____	<b>Momento del fallecimiento</b>			<b>Lugar de fallecimiento:</b>
	<b>Embarazo:</b> 1) Antes 22 Sem. <input type="checkbox"/> 2) 22-36 Sem. <input type="checkbox"/> 3) 37-40 Sem. <input type="checkbox"/>	<b>Parto:</b> 1) Trab. de parto <input type="checkbox"/> 2) Alumbramiento <input type="checkbox"/>	<b>Puerperio</b> 1) < 2 primeras Hr <input type="checkbox"/> 2) De las 2 Hr a > de 24 Hr sig. <input type="checkbox"/> 3) De las 24 Hr a los 42 días <input type="checkbox"/>	1) Trayecto <input type="checkbox"/> 4) C.S. <input type="checkbox"/> 2) Domicilio <input type="checkbox"/> 5) Hosp. <input type="checkbox"/> 3) P.S. <input type="checkbox"/> 6) otro <input type="checkbox"/> Especifique _____
Departamento _____	Provincia _____	Distrito _____	Localidad _____	

**Causas de muerte (llenar por el profesional de la investigación)**

<b>Causa genérica</b> 1) Hemorrágica <input type="checkbox"/> 2) Toxemia <input type="checkbox"/> 3) Infección <input type="checkbox"/> 4) Aborto <input type="checkbox"/> 5) Parto Obst <input type="checkbox"/> 6) Otro <input type="checkbox"/> 7) Especifique _____	<b>Causa Terminal</b> _____ <b>Causa Intermedia</b> _____ <b>Causa Intermedia:</b> _____ <b>Causa Básica</b> _____ <b>Causa Contributoria</b> _____	<b>Código CIE X</b> _____ _____ _____ _____	<b>Muerte materna:</b> 1) Directa <input type="checkbox"/> 2) Indirecta <input type="checkbox"/> 3) Muerte incidental o accidental <input type="checkbox"/> 4) Muerte tardía <input type="checkbox"/> Necropsia: 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Dx Anatómo Patológico _____
--	--	---	--

**XII. DATOS DEL RECIÉN NACIDO**

<b>Nacido vivo:</b> 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> <b>Sexo:</b> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> <b>Peso:</b> _____ gr	<b>Obito:</b> Anteparto 1) _____ Intraparto 2) _____	<b>Apgar:</b> 1 Min 5 Min 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> <b>Edad gestacional (capurro):</b> _____ Sem.	<b>Fallecido:</b> Si No 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> <b>Fecha:</b> _____ <b>Hora:</b> _____	<b>Causa del fallecimiento:</b> _____ Traslado: Si No 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> <b>Especifique:</b> _____
--	--	---	--	--

**XIII. FACTORES RELACIONADOS CON LA MUERTE MATERNA**

<b>Tiempo de desplazamiento del paciente al Est. De Salud</b> 1) < 1 hora <input type="checkbox"/> 2) 1 a menos 2 h <input type="checkbox"/> 3) 2 a menos de 5 h <input type="checkbox"/> 4) 5 menos de 10 h <input type="checkbox"/> 5) > 10 h <input type="checkbox"/> 6) No determ. <input type="checkbox"/>	<b>¿Quién reconoció la gravedad de la enfermedad?</b> 1) Ella misma <input type="checkbox"/> 5) Nadie <input type="checkbox"/> 2) Pareja ó familiar <input type="checkbox"/> 6) Autoridad local <input type="checkbox"/> 3) ACS <input type="checkbox"/> 7) Ignorado <input type="checkbox"/> 4) Personal Salud <input type="checkbox"/>	<b>Decisión para acudir a la atención:</b> 1) Propia <input type="checkbox"/> 2) Pareja ó familiar <input type="checkbox"/> 3) ACS <input type="checkbox"/> 4) Personal Salud <input type="checkbox"/> 5) Autoridad local <input type="checkbox"/> 6) Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>Tiempo que demora en reconocer el problema:</b> 1) < 1 hora <input type="checkbox"/> 2) 1 a menos de 2h <input type="checkbox"/> 3) 2 a menos de 5h <input type="checkbox"/> 4) 5 a menos 10 h <input type="checkbox"/> 5) > 10 h <input type="checkbox"/> 6) Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>Tiempo que demora desde en inicio de las molestias hasta que decidió pedir atención:</b> Días _____ Horas _____ No decidió buscar ayuda _____
---	--	---	--	--

<b>Tiempo que demora desde que decide buscar ayuda hasta llegar al establec.</b> 1) < 1 hora <input type="checkbox"/> 2) 1 a menos 2 h <input type="checkbox"/> 3) 2 a menos de 5 h <input type="checkbox"/> 4) 5 menos de 10 h <input type="checkbox"/> 5) > 10 h <input type="checkbox"/> 6) No determ. <input type="checkbox"/>	<b>Tiempo de demora desde que llega al establec. hasta que recibe atención</b> 1) < 10 min <input type="checkbox"/> 2) 10 a 30 min <input type="checkbox"/> 3) > 30 min <input type="checkbox"/> 4) No recibió at <input type="checkbox"/> 5) Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>¿Vivía con su pareja?:</b> 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	<b>Quien toma la decisión para que la fallecida no acuda al establecimiento de Salud</b> 1) Propia <input type="checkbox"/> 2) Pareja/familiar <input type="checkbox"/> 3) ACS <input type="checkbox"/> 4) Personal de Salud <input type="checkbox"/> 5) Autoridad local <input type="checkbox"/> 6) Ignorado <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

#### XIV. DATOS SOBRE LA DEMORA EN LA ATENCIÓN

##### Limitaciones para la atención de la Emergencia en el EESS:

- 1) Experiencia negativa  4) Falta de apoyo familiar o comunitario  7) Otras   
 2) Transporte  5) Económica  Especifique \_\_\_\_\_  
 3) Culturales  6) No llegó al establecimiento de Salud

#### XV. CONSIDERA USTED QUE HUBO DEMORA EN (PREGUNTAR AL FAMILIAR)

- Reconocimiento del problema por la familia:  1) Si  1) No  ¿Porqué? \_\_\_\_\_  
 Traslado del paciente al EESS  2) Si  2) No  ¿Porqué? \_\_\_\_\_  
 La atención en el EESS  3) Si  3) No  ¿Porqué? \_\_\_\_\_

#### XVI OTROS DATOS DE IMPORTANCIA (REFERENTE A LAS DEMORAS)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### XVII DATOS DEL INFORMANTE E INVESTIGADOR

Nombre del informante: \_\_\_\_\_ Parentesco o relación: \_\_\_\_\_  
 Nombre del investigador: \_\_\_\_\_ Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

#### Oficina General de Epidemiología - MINSA

Correo electrónico: [notificacion@oge.sld.pe](mailto:notificacion@oge.sld.pe) Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.oge.sld.pe>

**INFOSALUD 0800-10828**

**Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica**