



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 ()

3.5. 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 ()

3.2. ¿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): _____

3.7. 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