



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