



Ficha de investigación clínico-epidemiológica para la vigilancia de dengue, chikungunya, zika, fiebre amarilla y otras arbovirosis

CIE 10: dengue sin signos (A97.0) dengue con signos de alarma(A97.1) dengue grave(A97.2) Chikungunya(A92.0) Chikungunya Grave(A92.5) Zika (U06.9), ver otras especificaciones de Zika en Directiva

I. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA (elegir la vigilancia que corresponde)

- a. Definición de casos \* (casos que cumplen criterio clínico y epidemiológico)
- b. Vigilancia centinela\*\* (Solo para EESS centinela)
- c. Vigilancia de febriles\*\*\* (Toma de muestras frente al incremento de febriles en EESS)

II. DATOS GENERALES:

1. Fecha de investigación: 

Día	Mes	Año
2. GERESA/DIRESA/DISA:  3. Red  4.EESS notificante
5. Institución de salud: MINSa  EsSalud  Sanidad PNP  Sanidad FA  Privados  Otro

III. DATOS DEL PACIENTE

6. H.Clinica N°  7. Teléfono/Celular del paciente  8 Fecha de Nacimiento
9. Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombres
10. DNI/Pasaporte  11.Edad (años)  12.Género  M  F  13. Ocupación
14. Departamento  15. Provincia  16. Distrito  17. Localidad (AH, Urb, Resid, etc)  18 Dirección
19. Gestante Si  No  20. Edad gestacional  Semanas

IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS (DATO DE IMPORTANCIA PARA ESTABLECER LUGAR DE INFECCIÓN)

21. ¿Dónde estuvo en las últimas dos semanas (14 días) antes de enfermar?
- |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                        |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | desde..... hasta ..... |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | desde..... hasta ..... |
22. Pais  23. Departamento  24. Provincia  25. Distrito  26. localidad  27. Dirección  27.1 Fecha de permanencia
28. Caso autóctono Si  No  29. Caso importado Nacional
30. Caso importado Internacional
31. Tuvo dengue anteriormente Si  No  32. Año
33. Recibió vacuna anti amarilla Si  No  34. Año de vacunación
35. Tiene comorbilidad Si  No  36. Cual

V. DATOS CLÍNICOS

37. Fecha de inicio de síntomas: 

Día	Mes	Año
38. Fecha de toma primera muestra 

39. Fecha de toma segunda muestra 

Día	Mes	Año
40. Signos y síntomas frecuentes
- |   |                          |  |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Fiebre T° C <input type="text"/>        | <input type="checkbox"/> | <b>Signos de alarma</b>  | <input type="checkbox"/> | <b>Signos de gravedad</b>                  | <input type="checkbox"/> |
| Artralgias                              | <input type="checkbox"/> | Dolor abdominal intenso y continuo   | <input type="checkbox"/> | Pulso débil e indetectable                 | <input type="checkbox"/> |
| a. Manos                                | <input type="checkbox"/> | Dolor torácico o disnea  | <input type="checkbox"/> | Extremidades frías o cianóticas            | <input type="checkbox"/> |
| b. Pies                                 | <input type="checkbox"/> | Derrame seroso al examen clínico y/o por estudio de imágenes (ascitis o derrame pleural o pericárdico) | <input type="checkbox"/> | Diferencial de Presion Arterial ≤ 20 mmHg. | <input type="checkbox"/> |
| Mialgias                                | <input type="checkbox"/> | Vómitos persistentes   | <input type="checkbox"/> | <b>Compromiso grave de órganos</b>         | <input type="checkbox"/> |
| Cefalea                                 | <input type="checkbox"/> | Disminución brusca de la T° o hipotermia   | <input type="checkbox"/> | Especifique : .....                        | <input type="checkbox"/> |
| Dolor ocular o retroocular              | <input type="checkbox"/> | Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario)  | <input type="checkbox"/> | <b>Sangrado grave</b>                      | <input type="checkbox"/> |
| Dolor lumbar                            | <input type="checkbox"/> | Hepatomegalia  | <input type="checkbox"/> | Especifique : .....                        | <input type="checkbox"/> |
| Rash /exantema                          | <input type="checkbox"/> | Ictericia  | <input type="checkbox"/> | <b>Escala de Glasgow</b>                   | <input type="checkbox"/> |
| Conjuntivitis no purulenta (ojos rojos) | <input type="checkbox"/> | Estado mental alterado (somnia, inquietud, irritabilidad o convulsión)                                 | <input type="checkbox"/> | Apertura ocular (1-4)                      | <input type="checkbox"/> |
| Náuseas/vómitos                         | <input type="checkbox"/> | Incremento del hematocrito   | <input type="checkbox"/> | Respuesta motora (1-6)                     | <input type="checkbox"/> |
| Otros.....                              | <input type="checkbox"/> |  |                          | Respuesta verbal (1-5)                     | <input type="checkbox"/> |

VI. EXAMENES DE LABORATORIO

LLENADO POR EL LABORATORIO REFERENCIAL

- |   |                          |                          |                          |                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| a. ELISA NS1-Dengue<br>c. Aislamiento viral<br>b. qRT-PCR Suero<br>f. qRT-PCR Orina<br>d. ELISA IgM (1era muestra)<br>e. ELISA IgM (2da muestra)<br>g. Otros.....<br>h. Muestra de tejido para inmunohistoquímica | 41. Prueba solicitada    | Resultado                |                          | 44. Fecha de resultado |
|   | <input type="checkbox"/> | 42. Positivo             | 43. Negativo             |                        |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                        |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                        |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                        |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                        |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                        |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                        |

VII. EVOLUCIÓN DE CASOS GRAVES Y EGRESO

(SOLO PARA CASOS HOSPITALIZADOS)

- 45 Hospitalizado SI  NO
46. Fecha hospitalización 

47. Falleció 

48. Fecha defunción 

49. Fue referido 

50. Fecha referencia 

Día	Mes	Año
51. Hospital/ CS

VIII. CLASIFICACIÓN

- |                                 |                                   |                                     |                                     |                     |  |                                     |                                     |                                     |
|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 52. Dengue sin signos de alarma | Probable <input type="checkbox"/> | Confirmado <input type="checkbox"/> | Descartado <input type="checkbox"/> | 57. Zika            | Sospechoso <input type="checkbox"/>      | Confirmado <input type="checkbox"/> | Descartado <input type="checkbox"/> |                                     |
| 53. Dengue con signos de alarma | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                     |  |                                     |                                     |                                     |
| 54. Dengue grave                | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                     |  |                                     |                                     |                                     |
| 55. Chikungunya                 | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                     |  |                                     |                                     |                                     |
| 56. Chikungunya grave           | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                     |  |                                     |                                     |                                     |
| 58. Otras arbovirosis           | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | 59. Fiebre amarilla | Síndrome febril <input type="checkbox"/> | Probable <input type="checkbox"/>   | Confirmado <input type="checkbox"/> | Descartado <input type="checkbox"/> |

IX. OBSERVACIONES

X. INVESTIGADOR

- Nombre de la persona responsable
- Cargo:
- Celular:.....
- Firma y Sello