



Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

EDA - CÓLERA  
(CIE 10: A00 - A09)  
FICHA CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA



FECHA DE NOTIFICACIÓN: [ ] [ ] [ ]

FECHA DE INVESTIGACIÓN DEL CASO: [ ] [ ] [ ]

**I. DATOS GENERALES**

Establecimiento de Salud notificante: \_\_\_\_\_ Código RENAES: \_\_\_\_\_  
Captación del caso:  Pasiva  Activa  Vigilancia comunal  Seguimiento de contactos

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Años  Meses  Días   
Sexo:  F  M  
Etnia o Raza:  Mestizo  Andino  Afrodescendiente  
 Asiático Descendiente  Indígena Amazónico  Otro: ---> \_\_\_\_\_  
Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_  
Vínculo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**- Domicilio actual**

País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
Tipo de vía: \_\_\_\_\_ Nombre de vía: \_\_\_\_\_  
Agrupamiento urbano/rural: \_\_\_\_\_  
Nombre del agrupamiento urbano/rural: \_\_\_\_\_  
Manzana: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Interior: \_\_\_\_\_ Kilómetro: \_\_\_\_\_ Block: \_\_\_\_\_  
Referencia: \_\_\_\_\_

**- 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 donde 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  Otro: \_\_\_\_\_

**3.2. ¿Almacena el agua de consumo doméstico?**  Si  No

**3.3. ¿En qué tipo de recipiente lo almacena?**  
 Tanque elevado  Cilindro  
 Tanque bajo  Otro: \_\_\_\_\_

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

**3.5. Verificar si los recipientes tienen tapa:** \_\_\_\_\_

**3.6. ¿En los últimos 3 días dónde ha consumido alimentos?**

Sólo los que han sido preparados en mi casa  En un restaurante  En un ambulante  
 En una pensión  En un mercado  Otro: \_\_\_\_\_

**3.7. Para los menores de 2 años**

Ingiere leche en biberón  Consume 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)  Sin servicio  
 Red pública fuera de la vivienda, pero dentro del edificio (alcantarillado)  Otro: \_\_\_\_\_  
 Pozo negro o ciego o silo/letrina

**3.9. ¿Algún miembro de su familia ha sufrido de diarrea en los últimos 3 días?** \_\_\_\_\_

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

**- Síntomas y signos**

<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Fiebre	Fecha de inicio de la diarrea: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Cefalea	Número de días de duración de la diarrea: _____
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Malestar General	Consistencia de la deposición:
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Calambres	<input type="checkbox"/> Acuosa o líquida <input type="checkbox"/> Grumosa <input type="checkbox"/> Pastosa
<input type="checkbox"/> Artralgias		

**- Características de la diarrea:** N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Tipo de diarrea:  EDA acuosa     EDA disintérica     EDA persistente

Presencia de: Moco  Si     No    Sangre  Si     No    Número de deposiciones por día: \_\_\_\_\_

**- Clasificación de la diarrea:**

<input type="checkbox"/> Con deshidratación	<input type="checkbox"/> Sin deshidratación	<input type="checkbox"/> Con deshidratación grave
<input type="checkbox"/> Con deshidratación leve	<input type="checkbox"/> Con deshidratación moderada	<input type="checkbox"/> Shock

**- Tratamiento:**

Plan de tratamiento:  A     B     C    Tratamiento antibiótico:  Si     No

Antibiótico usado:  Tetraciclina     Cotrimoxazol     Ciprofloxacina

Cloramfenicol     Doxiciclina     Otros: \_\_\_\_\_

**- Evolución del paciente:**

Alta:  Si     No    Hospitalizado:  Si     No

Fecha:       Fecha:

**- Complicaciones:**  No     Ignorado     Si (marcar)

Acidosis     Edema agudo de pulmón

Shock hipovolémico     Insuficiencia renal

Transferencia:  No     Si    -->  Para hospitalización     Para diálisis

Fallecido:  Si     No

Fecha:

Hora:

Lugar de fallecimiento:  EESS     Casa

**V. LABORATORIO (debe ser llenado por el personal de 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		
_____	<input type="checkbox"/> Heces	<input type="checkbox"/> Cultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O1	<input type="checkbox"/> Ogawa
_____	<input type="checkbox"/> Suero	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O139	<input type="checkbox"/> Inaba
_____	<input type="checkbox"/> Vómitos					<input type="checkbox"/> Hikojima

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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VIII. DATOS DEL INVESTIGADOR**

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

Cargo: \_\_\_\_\_    Firma y sello: \_\_\_\_\_

**Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades**

Correo electrónico: [notificacion@dge.gob.pe](mailto:notificacion@dge.gob.pe)    Teléfono 01 6314500

Calle Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María - Lima

Dirección electrónica: [Http://www.dge.gob.pe](http://www.dge.gob.pe)