

**Definición operativa:**

**1. Menor de un año de edad:** Tos de cualquier duración, sin otra causa aparente, acompañada de uno o más de los siguientes signos: tos paroxística (10 o más golpes consecutivos de tos), estridor inspiratorio, vómitos después de toser o vómitos sin otra causa aparente, apnea (con o sin cianosis) o el personal de salud sospecha de tos ferina porque el caso forma parte de un conglomerado familiar caracterizado por casos de tos.

**2. Mayor o igual a un año de edad:** Tos de dos semanas a más de duración (Tos persistente), o de cualquier duración en el contexto de un brote, sin otro diagnóstico probable, acompañada de uno o más de los siguientes signos: tos paroxística, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o vómitos sin otra causa aparente, o el personal de salud sospecha de tos ferina: En adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores pueden presentar un cuadro subclínico caracterizado por: tos nocturna y/o tos al estímulo de la región traqueal por palpación externa. La sospecha de tos ferina debe realizarse después de descartar tuberculosis pulmonar u otro diagnóstico aparente (ej. Asma).

Código de registro N°	Fecha de conocimiento local del caso	Fecha de notificación EE.SS a Red/Microred	Fecha de notificación Red/Microred a Dirección Regional de Salud	Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC	Fecha de investigación (visita domiciliaria)
	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

**I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE**

1. GERESA/DIRESA/DIRIS: \_\_\_\_\_ 2. Red de Salud: \_\_\_\_\_ 3. Micro red: \_\_\_\_\_  
 4. EESS notificante: \_\_\_\_\_ 5. Inst. Adm.: Minsa  EsSalud  FF.AA./Sanidad  Privado   
 6. Caso captado en: Emergencia  Consultorio externo  Uda Institucional  Uda Comunitaria

**II. DATOS DEL PACIENTE**

7. Tipo documento: D.N.I ( ) CE ( ) PTP ( ) Pasaporte ( ) Otro ( ), Especificar: \_\_\_\_\_ 8. N° documento: \_\_\_\_\_  
 9. Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ 10. Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) / Meses ( ) 11. Sexo: M ( ) F ( )  
 12. Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 13. N° celular: \_\_\_\_\_ 14. Nacionalidad: \_\_\_\_\_ 15. Pueblo étnico: \_\_\_\_\_  
 16. Etnia / raza: Mestizo \_\_\_ Andino \_\_\_ Asiático descendiente \_\_\_ Afro descendiente \_\_\_ Indígena amazónico \_\_\_ 17. Ocupación: \_\_\_\_\_  
 18. Gestante: Si \_\_\_ No \_\_\_ 19. N° de semanas de gestación: \_\_\_\_\_ 20. Púérpera: Si \_\_\_ No \_\_\_ 21. Lugar de trabajo o estudio: \_\_\_\_\_

**22. Domicilio actual:**

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad/Agrupamiento: \_\_\_\_\_  
 Tipo de zona: \_\_\_ 1 = Urbano; 2 = Periurbano; 3 = Rural Tipo de vía: \_\_\_\_\_ (Avenida, Calle, Jirón, etc.) Nombre de vía: \_\_\_\_\_  
 Nro.: \_\_\_\_\_ Mz./Lote: \_\_\_\_\_ Tiempo de residencia: \_\_\_\_\_

**Referencia para localizar** (a la altura de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.)

**En caso sea menor de edad, indicar:**

23. Nombre de madre o tutor: \_\_\_\_\_ 24. Teléf. de madre o tutor: \_\_\_\_\_ 25. N° Doc. Identidad de madre o tutor: \_\_\_\_\_

**III. CUADRO CLÍNICO**

26. Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 27. Duración en días: tos paroxística \_\_\_\_\_  
 tos persistente en >=1 año \_\_\_\_\_

Signos y síntomas	Sí	No	Fecha de inicio
Tos paroxística (> de 10 golpes de tos)			
Tos persistente (> de 2 semanas)			
Estridor			
Otros:			

Signos y síntomas	Sí	No	Fecha de inicio
Vómitos después de la tos			
Apnea			
Cianosis			

**Tratamiento**

29. Paciente recibió antibiótico: Sí ( ) No ( )

Nombre antibiótico	Dosis	Fecha de inicio	Vía administración	N° Días
		/ /		
		/ /		
		/ /		

**IV. SEGUIMIENTO DE COMPLICACIONES Y HOSPITALIZACIÓN**

Complicaciones	Fecha de inicio
31. Neumonía Sí ( ) No ( )	___/___/___
32. Convulsiones Sí ( ) No ( )	___/___/___
33. Encefalopatía Sí ( ) No ( )	___/___/___
34. Anorexia Sí ( ) No ( )	___/___/___
35. Desnutrición Sí ( ) No ( )	___/___/___
36. Deshidratación Sí ( ) No ( )	___/___/___
37. Otitis media Sí ( ) No ( )	___/___/___
38. Otros (especificar): Sí ( ) No ( )	___/___/___

**Hospitalización**  
 39. Hospitalización: Sí ( ) No ( ) H.CI: \_\_\_\_\_  
 40. Nombre de establecimiento de salud: \_\_\_\_\_  
 41. Fecha de hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 42. N° de días de hospitalización ( ) 43. Dx ingreso: \_\_\_\_\_  
 44. Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 45. Dx. Egreso: \_\_\_\_\_  
 46. Presenta alguna comorbilidad: Sí ( especificar ) \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_ Desconocido \_\_\_  
 47. Se diagnóstico otras infecciones a través de pruebas de laboratorio:  
 Sí ( especificar ) \_\_\_\_\_ No \_\_\_ Desconocido \_\_\_  
 Fecha de diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Defunción**

48. Defunción: Sí ( ) No ( ) 49. Fecha de defunción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 50. Causa básica de defunción: \_\_\_\_\_

**V. ANTECEDENTES VACUNALES**

\* Solo considerar dosis de vacunas documentadas (en registros de vacunación en físico o en el aplicativo HIS MINSA)

51. Dosis recibidas: **Pentavalente:** 1° ( ) 2° ( ) 3° ( ) **DPT: 1er Ref.** ( ) **2do Ref.** ( )  
 52. Fecha de última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 53. EE.SS donde se vacunó: \_\_\_\_\_  
 54. Si el caso es < de 1 año de edad, la madre fue vacunada durante la gestación con Tdap: Si ( ) No ( ) 55. Fecha de vacunación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 56. Si el caso es gestante recibió: Tdap: Si ( ) No ( ) 57. Semana de gestación durante la vacunación: \_\_\_\_\_ 58. Fecha de vacunación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**VI. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN Y EXPOSICIÓN:**

59. ¿ En los últimos 21 días antes del inicio de la tos, viajó? Sí  No

N°	País	Departamento	Fecha de salida	Fecha de retorno

60. En los últimos 21 días antes de la tos; ¿ha tenido algún tipo de contacto con casos probables o confirmados de tos ferina? Sí No onoc

61. ¿Algún miembro de la familia o persona cercana ha tenido tos por más de 2 semanas? Si ( ) No ( )

N°	Apellidos y Nombres	Parentesco/ vínculo	Celular	Doc. identidad	Lugar de exposición

**VII. CONTACTOS DIRECTOS:** Personas que han tenido contacto en el período de transmisibilidad (corresponde a dos semanas antes y tres semanas después del inicio de la tos paroxística o signo clínico de referencia)

62. Presenta contactos directos: Domiciliarios : \_\_\_\_\_ Extradomiciliarios : \_\_\_\_\_

Lugar	Nombre del lugar	Dirección	Número de contactos					
			Total	Con síntomas	Esquema de vacunación completo	Esquema de vacunación incompleto	Recibieron vacunación	Recibieron antibióticos
Casa ( )								
Nido/guardería ( )								
Colegio ( )								
Centro de trabajo ( )								
Establecimiento de salud ( )								
Otro: _____ ( ) (especificar)								

\* A los contactos directos identificados, complete el Formato de censo y seguimiento de contactos, que incluya además las siguientes variables: dirección, edad, sexo, ocupación, último día de exposición del caso.

**VIII. LABORATORIO**

63. Tipo de muestra: Hisopado nasofaríngeo ( ) Aspirado nasofaríngeo ( )

	<b>Fecha de obtención de muestra</b>	<b>Fecha de resultados</b>	<b>Resultados</b>	
64. Tipo de prueba: PCR - RT ( )	____/____/____	____/____/____	Positivo ( )	Negativo ( )
			Contaminado ( )	No viable ( )
Cultivo ( )	____/____/____	____/____/____	B. pertussis ( )	B. parapertussis ( )
			B. holmesii ( )	Bordetella sp. ( )

**IX. CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO**

65. Probable  Confirmado por laboratorio  Confirmado por nexa epidemiológico  Descartado

**X. PERSONAL DE SALUD QUE LLENA LA FICHA (preferentemente personal que atiende el paciente) :**

66. Nombre del personal de salud que atiende el caso

67 Cargo:  68. Firma y Sello

**XI. INVESTIGADOR**

69. Nombre del Investigador:  70. Cargo:

71.N° de celular:  Firma y Sello







