

 PERÚ Ministerio de Salud		Viceministerio de Salud Pública		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE INVESTIGACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE PAROTIDITIS CON COMPLICACIONES	
DEFINICION DE CASO DE PAROTIDITIS CON COMPLICACIONES: Toda persona que presenta los siguientes diagnosticos: orquitis (hombres), mastitis, oforitis (mujeres), perdida de la audición, meningitis aséptica, encefalitis, pancreatitis o alguna otra condición con compromiso del estado general que requiera hospitalización, puede haber presentado o no inflamación de las glándulas parótidas u otras glándulas salivales, en el contexto de un brote por parotiditis.							
CODIGO DE REGISTRO N°	Fecha de consulta	Fecha de Conocimiento local del caso	Fecha de Investigación (visita domiciliaria)	Fecha de notificación EE.SS a Red/Microred	Fecha de notificación Red/Microred a Dirección de Salud	Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC	
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN							
1. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____			2. SE: <input type="text"/>		3. EESS: _____		
5. Tipo de captación (vigilancia):			4. Inst. Adm:		6. Lugar		
<input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Pasiva			<input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/Sanidad <input type="checkbox"/> Privado		<input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Comunidad		
II. DATOS DEL PACIENTE							
7. Apellidos y nombres: _____			8. N° Celular: _____				
9. Fecha de nacimiento: __/__/__		10. Edad: _____			Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>		
11. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		12. N° DNI/CE/Pasaporte: _____					
13. Domicilio actual: _____			14. Nacionalidad: _____			15. Departamento: _____	
17. Provincia: _____			16. Distrito: _____			18. Localidad: _____	
19. Etnia :		<input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Andino		<input type="checkbox"/> Asiático descendiente			
<input type="checkbox"/> Afrodescendiente		<input type="checkbox"/> Indígena amazónico		<input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____			
20. Nombre de la madre/tutor Gestante (SI) (NO)			20. N° Celular: _____				
Trimestre de gestación: I () II () III ()							
III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN							
21. Dirección: _____			22. Departamento: _____				
24. Provincia: _____			23. Distrito: _____				
25. Localidad: _____							
¿En las ultimas 2 o 4 semanas estuvo en contacto con otro caso de parotiditis? (Si) (No) (Ignorado)							
Donde		Nombre del lugar		Dirección		N° de contactos	
						Sanos Enf.	
Casa							
Nido/guardería							
Colegio							
Escuela Militar/policial							
Universidad/Instituto							
Centro de trabajo							
Establecimiento de Salud							
Otros (especificar)							
Este caso tuvo contacto con gestante (SI) (NO) en qué fecha: __/__/__ Trimestre de gestación en que sucedió el contacto ()							
IV. CUADRO CLÍNICO:							
26. Fecha de inicio de síntomas: __/__/__		27. ¿Presentó inflamación de glándulas parótidas? SI() NO()					
28. Fecha de inicio de parotiditis: __/__/__		29. N° días duración de parotiditis: ____		30. Unilateral () Bilateral ()			
31. Inflamación de otras glándulas salivales:							
Glándulas Submandibulares SI() NO()				Glándulas Sublinguales SI() NO()			
32. Complicaciones							
Orquitis () __/__/__		Perdida de audición () __/__/__		Meningitis () __/__/__			
Ooforitis () __/__/__		Encefalitis () __/__/__		Otras (especificar): _____			
33. Hospitalización SI () NO ()							
Nombre del EE.SS. _____		Fecha de Hospitalización __/__/__		N° de días hospitalizado _____			
34. Condición de egreso del paciente							
Alta Médica <input type="checkbox"/>		Alta Voluntaria <input type="checkbox"/>		*Referido <input type="checkbox"/>		Fallecido <input type="checkbox"/>	
*Referido a : _____		Causa de muerte: _____		Fecha: __/__/__			
V. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (considerar solo vacuna SPR)							
35. Vacunación con SPR <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		36. N° de dosis recibida ____		37. Fecha de última dosis: __/__/__			
38. EE.SS donde se vacunó: __/__/__							
VII. OBSERVACIONES							
VII. INVESTIGADOR							
39. Persona que investiga el caso: _____				40. Cargo: _____			
41. Telefono: _____		42. Email: _____		Firma y Sello _____			