PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Salud Pública | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE VARICELA CON COMPLICACIONES

DEFINICIÓN DE CASO DE VARICELA CON COMPLICACIONES: Todo caso que presente exantema maculo papulo vesicular que evoluciona a costra (con polimorfismo regional), de presentación cefalo caudal, muy pruriginosa, con o sin fiebre; y, que ademas presenta cualquiera de las siguientes manifestaciones de piel y partes blandas (impetigo, celulitis, absceso, fascitis necrotizante, paniculitis, otras): neurologicas (cerebilitis, encefalitis, meningitis, mielitis, sindrome de Guillain Barre), respiratorias (neumonia, neumonitis), hematologicas (sindrome hemorragico), visceral o diseminada (miocarditis, hepatitis, nefritis), u otras complicaciones, o que por el compromiso del estado general requiera hospitalización.

CODIGO DE REGISTRO N°	Fecha de Hospitalización	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:** ☐

3. EESS: _____ **4. Inst. Adm:** ☐ MINSA ☐ EsSalud ☐ FFAA/Sanidad ☐ Privado

5.Tipo de captación (vigilancia): ☐ Activa ☐ Pasiva

6. Lugar ☐ Institucional ☐ Comunidad

II. DATOS DEL PACIENTE

7. Apellidos y nombres: _____ **8. N° Celular:** _____

9. Fecha de nacimiento: ____/____/____ **10. Edad:** _____ ☐ Año ☐ Mes ☐ Día

11. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino **12. N° DNI/CE/Pasaporte:** _____

13. Domicilio actual: _____ **14. Nacionalidad:** _____

15. Departamento: _____ **16. Distrito:** _____

17. Provincia: _____ **18. Localidad:** _____

19. Etnia : ☐ Mestizo ☐ Andino ☐ Asiático descendiente ☐ Afrodescendiente ☐ Indígena amazónico ☐ Otro, especificar: _____

20. Nombre de la madre/tutor _____ N° Celular: _____

Gestante (SI) (NO) **Trimestre de gestación:** I ( ) II ( ) III ( )

III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN

21. Dirección: _____

22. Departamento: _____ **23. Distrito:** _____

24. Provincia: **25. Localidad:**

¿En las ultimas 2 a 3 semanas estuvo en contacto con otro caso de varicela? (Si) (No) (Ignorado)

Donde	Nombre del lugar	Dirección	N° de contactos	
			Sanos	Enf.
Casa				
Nido/guardería				
Colegio				
Universidad/Instituto				
Centro de trabajo				
Establecimiento de Salud				
Otros (especificar)				

Este caso tuvo contacto con gestante (SI) (NO) en qué fecha: ____/____/_____ Semanas de gestación en que sucedió el contacto ( )

IV. CUADRO CLÍNICO:

26. Fecha de inicio de erupción dérmica: ____/____/____ **27**. Tipo de lesión dérmica: mácula( ) pápula( ) vesícula( ) costra( )

28. Fecha de inicio de fiebre: ___/____/____ **29.** Temperatura: ___°C **30.** N° días duración ( )

31. Complicaciones

Sobreinfección de piel y partes blandas ( ) Neurológicas ( )

Respiratorias ( ) Hemorrágicas ( )

Otras (especificar): _____

32. Hospitalización SI ( ) NO ( )

Nombre del EE.SS. _____

Fecha de Hospitalización ___/____/____

N° de días hospitalizado _____

33. Factores de riesgo

Inmunosupresión ☐ Asma ☐ Cáncer ☐ Malformación congénita ☐

Gestante ☐ Enf. Reumatológica ☐ Enf. Cardíaca ☐ Desordenes Metabólicos ☐

Otras (especificar): _____

34. Condición de egreso del paciente

Alta Médica ☐ Alta Voluntaria ☐ *Referido ☐ Fallecido ☐ Fecha: ___/____/____

*Referido a : _____ Causa de muerte: _____

V. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (considerar solo vacuna antivaricela)

35. Vacunación contra Varicela ☐ Si ☐ No **36. N° de dosis recibida** _____ **37. Fecha de vacunación:____/____/____**

VI. LABORATORIO (SOLO se indica en casos de casos complicados que no se tenga certeza del diagnostico clinico)

Tipo de muestra	Fecha de obtención de 1 muestra	Fecha envío EE.SS, Red/ Microred	Fecha envío Red/Microred a LRR	Fecha envío LRR a INS	Fecha emisión resultado INS	Resultado
Suero	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Hisopado de vesícula	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	

VII. OBSERVACIONES

VII. INVESTIGADOR

38. Persona que investiga el caso: _____ **39. Cargo:**_____

40. Telefono: _____ **41. Email:**_____ **Firma y Sello**

_____