

 PERÚ Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades										FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD DE CARRIÓN																													
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN																																							
1. Fecha de notificación:					2. Fecha de investigación:					3. Fecha de atención:																													
4. GERESA/DIRESA/DIRIS:					5. Red/Micro Red:					6. EESS:																													
7. Institución de salud: Minsa ☐ EsSalud ☐ Sanidad PNP ☐ Sanidad FA ☐ Privados ☐ Otro																																							
II. DATOS DEL PACIENTE																																							
8. H. Clínica N°:					9. Teléfono/Celular del paciente:					10. Fecha de Nacimiento:																													
11. Apellido Paterno										Apellido Materno										Nombres																			
12. DNI/Pasaporte:					13. Edad (años):					14. Género: ☐ F ☐ M																													
15. Ocupación:					16. Etnia*: Mestizo ☐ Andino ☐ Afro descendiente ☐ Descendiente asiático ☐ Indígena amazónico ☐ Otro:										Pueblo indígena *Ver detalle del link : https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-																								
17. Gestante: ☐ SI ☐ NO					Edad gestacional:					N° semanas:																													
18. Domicilio:																																							
Departamento					Provincia					Distrito					Localidad																								
19. Dirección de residencia actual:										Rural: ☐ SI ☐ NO																													
20. Tipo de vía: Alameda ☐ Avenida ☐ Calle ☐ Jirón ☐ Pasaje ☐					Nombre:																																		
21. Agrupamiento Humano :					Asociación ☐ Urbanización ☐ Otros ☐					Nombre:																													
22. Manzana:					23. Block :					24. Interior:					25. Km					26. Lote:					27. Número de puerta:														
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS																																							
28. Lugar donde permaneció los últimos 14 días:																																							
Departamento					Provincia					Distrito					Localidad																								
29. Autóctono: ☐ Importado Nacional: ☐ Extranjero: ☐ Andino rural: ☐ Selva rural: ☐																																							
30. ¿Hay presencia del mosquito "titira" o "manta blanca"?: ☐ SI ☐ NO										31. ¿Ha tenido antes la E. Carrión?: ☐ SI ☐ NO					32. ¿Otras personas en su localidad, enfermaron de E. Carrión?: ☐ SI ☐ NO																								
¿Cuándo enfermo?										33. ¿Otras personas en su domicilio, enfermaron de E. Carrión?: ☐ SI ☐ NO																													
34. ¿Han realizado rociamiento en su vivienda?: ☐ SI ☐ NO										35. ¿Recibió antibiótico?: ☐ SI ☐ NO					Fecha:					Nombre del antibiótico:																			
36. Material vivienda (especificar): Adobe ☐ Enlucido ☐ Otros especificar:																																							
IV. CUADRO CLÍNICO																																							
37. Enfermedad de Carrión Aguda (ECA):										38. Enfermedad de Carrión Aguda Grave (ECAG):										39. Enfermedad de Carrión Eruptiva (ECE):																			
Signos y síntomas: Asintomático: ☐ Sintomático: ☐ Fecha de inicio de síntomas Sensación de fiebre: °C Antecedente de fiebre: ☐ SI ☐ NO Cefalea SI NO Mialgia (dolor muscular) SI NO Artralgia (dolor de articulaciones) SI NO Palidez (poco frecuente y tardío) SI NO Anemia (poco frecuente y tardío) SI NO										Anemia severa SI NO Pericarditis SI NO Anasarca SI NO Insuficiencia cardíaca SI NO Distensión abdominal SI NO Hemorragia digestiva SI NO Purpura coagulopatía SI NO Deterioro clínico a pesa SI NO										Conciencia alterada SI NO Trastorno neurológico SI NO Edema agudo pulmonar SI NO Distunción orgánica o multiorgánica SI NO Taquicardia SI NO Taquipnea SI NO										Forma miliar ☐ Forma mular ☐ Forma nodular ☐ 40. Sospecha de otra Bartonella Inflamación de ganglios 41. Coinfección: Leptospirosis ☐ Riketsiosis ☐									
V. HOSPITALIZACIÓN																																							
42. Hospitalizado: ☐ SI ☐ NO					43. Fecha de hospitalización:					44. N° Historia clínica:					45. Nombre del Hospital o EESS:																								
46. Tipo de seguro:					47. Referido: ☐ SI ☐ NO					48. Referencia de origen:					Fecha de referencia:																								
VI. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO PARA ENFERMEDAD DE CARRIÓN (indicar positividad o reactividad)																																							
49. Muestra																																							
Fecha de toma		Fecha de resultado		Frotis sanguíneo		ELISA IgM		ELISA IgG		IFI IgM		IFI IgG		Cultivo		PCR		RT-PCR																					
VII. DEFUNCIÓN POR ENFERMEDAD DE CARRIÓN																																							
50. Fecha de fallecimiento:					51. Lugar de fallecimiento*:					Vivienda: ☐					Otros:																								
										*Nombre del establecimiento de salud																													
52. Criterio de la defunción: Diagnóstico laboratorio ☐ Clínico: ☐ Investigación epidemiológica:					53. El EESS tiene comité de expertos: ☐ SI ☐ NO																																		
54. El comité de expertos participo en la clasificación del fallecimiento: ☐ SI ☐ NO																																							
VIII. CLASIFICACIÓN DEL CASO DE ENFERMEDAD DE CARRIÓN																																							
55. Clasificación:										Confirmado					Probable					Descartado																			
Enfermedad de Carrión Aguda										☐					☐					☐																			
Enfermedad de Carrión Aguda Grave										☐					☐					☐																			
Enfermedad de Carrión Eruptiva										☐					☐					☐																			
56. Datos del investigador																																							
Nombre personal de salud:										Celular:																													
Cargo:										Fecha:										Firma:																			