

Ficha de Investigación Clínico-Epidemiológica de Malaria

CIE 10: Malaria debido P. falciparum (B50), Malaria debido P. vivax (B51), Malaria debido P. malariae (B52)

1. Fecha de notificación: 2. Fecha de investigación: 3. Tipo de vigilancia: Pasiva Activa SE

I. IDENTIFICACIÓN UBICACIÓN DEL CASO

4. Apellido paterno Apellido materno Nombres 5. Nacionalidad

6. DNI/Pasaporte: 7. Edad (años): 8. Género: M F

9. Gestante: SI NO IGNORA 10. Trimestre: 1ro 2do 3ro 11. Etnia: Pueblo étnico:

1=Mestizo, 2=Afrodescendiente, 3=Andino, 4=Indígena Amazónico, 5=Asiático descendiente, 6=Otros <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>

12. Celular: 13. Nombre jefe de familia (En caso sea menor de edad):

14. País 15. Departamento/Estado 16. Provincia 17. Distrito 18. Localidad

19. Tipo de zona: 1=Urbano, 2=Urbano Marginal, 3=Rural 20. Tipo de vía: 1=Avenida, 2=Calle, 3=Prolongación, 4=otros (especificar)

21. Nombre de vía 22. Especificar referencia 23. Ocupación: 1=Maderero, 2=Agricultor, 3=Minero, 4=Pescador, 5=Cazador, 6=Otros

II. ASPECTOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO.

24. Sintomático: SI NO 25. Fecha de inicio de síntomas (En asintomático es la fecha de diagnóstico):

Signos y síntomas:

26. Cefalea (dolor de cabeza)

27. Fiebre (actual/reciente)

28. Escalofríos

29. Sudoración

30. Ictericia (Amarillento)

31. Postración (Necesita ayuda para sentarse, pararse o caminar)

32. Convulsiones

33. Orina de color pardo oscuro o rojizo

34. Parasitemia

35. Anemia aguda severa

36. Hospitalizado: SI NO 37. Fecha de hospitalización: 38. N° HC:

39. Fallecimiento: SI NO 40. Fecha de fallecimiento: Si es otro, especificar:

41. Fecha de toma de muestra: 42. Muestra tomada en:

1=EESS, 2=Búsqueda de febriles, 3= Barrido Hemático, 4=Agentes Comunitarios de Salud, 5=Investigación, 6=Otro

43. Pruebas	44. Resultados		45. Especies			46. Densidad de formas		47. Fecha de resultados
	Negativo	Positivo	<i>P. vivax</i>	<i>P. falciparum</i>	Otros	Trofozoito	Gametocito	
PDR (Prueba de diagnóstico rápida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota Gruesa o frotis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Asexuado: 1 Trofozoito, 2 Gametocito

III. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

48. ¿Tuvo malaria anteriormente?: SI NO 49. ¿Cuándo?: mes año 50. Especie:

51. ¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos 6 meses?: SI NO 52. ¿En qué EESS?:

Historia de viaje

53. ¿Ha viajado fuera de donde vive este último mes?: SI NO

54. Lugar (Localidad/Distrito/Provincia/Departamento/País)	55. Fechas de viaje		56. Número de días de viaje
	Entrada	Salida	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTA: Poner departamento o país, solo si corresponde. Usar los equivalentes a distrito, provincia o departamento en el caso importado.

57. ¿Durmió bajo mosquitero en la noche?: SI NO 58. ¿Cuántas personas duermen en casa incluyendo a los niños?:

59. ¿Cuántos mosquiteros se utilizan?: 60. ¿Su casa fue fumigada?: SI NO 61. ¿Cuándo?: mes año

62. ¿Examinaron a todos los miembros de su casa para el paludismo o malaria?: SI NO 63. ¿A cuántos miembros?:

64. ¿Examinaron a todos sus compañeros de trabajo para malaria?: SI NO 65. ¿A cuántos miembros?:

66. ¿Hicieron búsqueda activa?: SI NO 67. Número de casas investigadas: 68. Número de positivos:

Búsqueda activa (De colaterales)

69. ¿Existe(n) otra(s) persona(s) con síntomas similares al paludismo en su casa donde vive o en su trabajo?: SI NO

70. Apellidos y Nombres	71. sexo M/F	72. Edad	73. Parentesco con el caso confirmado	74. Gota gruesa, frotis o PDR		75. Fecha de toma de muestra	76. Resultados	
				Febril	Sin fiebre		Positivo	Negativo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. CLASIFICACIÓN

77. Clasificación según el origen del caso: Autóctono Recaída Importado nacional Inducido Introducido Importado internacional

78. Formas clínicas: Malaria no complicada Malaria grave Malaria mixta

V. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE

79. DIRIS/DIRESA/GERESA: 80. Red/RIS:

81. Establecimiento de Salud:

82. Institución de procedencia: MINSa EsSalud FFAA PNP Privados Otros Especificar:

83. Observaciones: 84. Nombre del que realiza la investigación:

85. Correo electrónico: 86. N° de celular: Firma y sello: