



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LEPTOSPIROSIS HUMANA

I. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA (elegir la que corresponda)

a. Definición de caso probable (cumple con el criterio clínico y epidemiológico o laboratorio)

☒

b. Vigilancia de febriles (frente al incremento de febriles en EESS)

☐

II. DATOS GENERALES

1. Fecha de atención: ____/____/____

2. Fecha de notificación: ____/____/____

3. GERESA/DIRESA/DIRIS: LORETO

4. Red/RIS: ALTO AMAZONAS

5. Micro Red: YURIMAGUAS

6. EESS notificante: HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

7. Institución de salud: ☒ MINSA ☐ EsSalud☐ Sanidad PNP☐ Sanidad FFAA☐ Privados☐ Otros (Esp) _____

III. DATOS DEL PACIENTE

8. Apellido paterno _____ 9. Apellido materno _____ 10. Nombres _____

11. Fecha de nacimiento: ____/____/____

12. Edad: ____

13. Sexo: ☒ M ☐ F

14. Teléfono/Celular: _____

15. Historia clínica N°: _____

16. Nacionalidad: _____

17. Documento de identidad: ☐ DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ S/D

N° documento: _____

18. Gestante: ☐ Si ☒ No

ss _____

19. Ocupación: _____

20. Tiene comorbilidad: ☐ Si ☒ No

Esp. _____

21. Etnia o raza: ☐ Mestizo ☐ Asiático descendiente ☐ Afrodescendiente ☐ Andino☐ Indígena amazónico☐ Otro: Esp. _____

22. Si es menor de edad: nombre del padre, madre o tutor: _____

23. Vínculo: _____

24. Celular: _____

Dirección de residencia actual

LORETO ALTO AMAZONAS YURIMAGUAS

25. Departamento

26. Provincia

27. Distrito

28. Localidad

29. Dirección: _____

30. Zona de residencia: ☐ Urbano ☐ Rural31. Tipo de vía: ☐ Avenida ☐ Calle ☐ Jirón ☐ Pasaje

32. Nombre de vía: _____

33. Manzana: _____

34. Lote: _____

35. Número de puerta: _____

36. Interior: _____

37. Block: _____

38. Kilómetro: _____

39. Agrupamiento humano: ☐ AAHH ☐ Asociación ☐ Urbanización ☐ Centro poblado☐ Caserío☐ Otro: Esp. _____

40. Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____

41. Referencia: _____

42. Para los residentes de otros países:

País de origen: _____

Fecha de ingreso al país: ____/____/____

IV. DATOS CLÍNICOS

43. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____

44. Tiempo de enfermedad: ____

45. Forma de inicio de enfermedad: Brusco ☐ Insidioso ☐

46. Signos y síntomas

Fiebre > 38 °C ☐ T° _____Cefalea leve ☐Dolor de pantorrillas leve ☐Dolor lumbar leve ☐Dolor abdominal leve ☐Vómitos ☐Diarrea ☐Astenia ☐Tos ☐Escalofríos ☐Inyección conjuntival ☐Fotofobia ☐Otros: ☐

Especificar: _____

Signos de alarma

Cefalea intensa ☐Dolor de pantorrillas intensa ☐Dolor lumbar intenso ☐Dolor abdominal intenso ☐Ictericia ☐Dificultad respiratoria ☐Tos con rasgos de sangre ☐Dolor torácico ☐Hipotensión ☐Alteración cardíaca ☐Signos de shock ☐Hemorragia ☐Oliguria/o Anuria ☐Trastorno del sensorio ☐Rigidez de nuca ☐

Clasificación clínica

Leptospirosis leve ☐Leptospirosis moderada/severa ☐

Especificar: _____

Especificar: _____

V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS (en las últimas 3 - 4 semanas antes de enfermar)

47. Tuvo leptospirosis anteriormente: ☐ Si ☒ No

48. Año: _____

49. Vacuna contra dengue: ☐ Si ☒ No50. Vacuna contra fiebre amarilla: ☐ Si ☒ No51. ¿Realizó algún viaje en el último mes antes de enfermar? ☐ Si ☒ No

Si la respuesta es afirmativa, complete el cuadro:

País

Departamento

Provincia

Distrito

Localidad

Fecha

52. ¿Ha estado en contacto con agua estancada en los últimos 30 días? ☐ Si ☒ No53. Indique: ☐ Inundaciones ☐ Letrina/desagüe ☐ Otro: Esp. _____54. ¿Ha realizado actividades recreativas/ocupacionales en canales, lago o laguna a en los últimos 30 días? ☐ Si ☒ No55. Indique: ☐ Río ☐ Lago/laguna ☐ Piscina ☐ Canales/acequias ☐ Charco ☐ Otros: Esp. _____56. ¿Ha visto ratas o rastros roedores dentro o alrededor de su domicilio o lugar de trabajo? ☐ Si ☒ No

Obs. _____

57. ¿Cria animales en casa o trabaja con animales? ☐ Si ☒ No58. Indique: ☐ Perro ☐ Gatos ☐ Bovinos ☐ Porcinos ☐ Equinos ☐ Otro

VI. LABORATORIO											
59. Hemograma (considerar leucocitosis)			60. Hematocrito			61. Recuento de plaquetas			62. Proteínas en orina		
63. Muestras obtenidas:		☐ Sangre total	☐ Suero	☐ Orina	☐ Gota gruesa o frotis	☐ LCR	Fecha: ____/____/____		☐ Otros	Esp. _____	
64. Pruebas solicitadas:		☐ ELISA IgM	☐ Microaglutinación-MAT	☐ PCR	☐ Cultivo	☐ Otros	Esp. _____				
VII. TRATAMIENTO											
65. Tratamiento:		☐ Si	☐ No	66. Antibiótico:		☐ Si	☐ No	67. Diálisis:		☐ Si	☐ No
1						Nº días:				Fecha de inicio: ____/____/____	
2						Nº días:				Fecha de inicio: ____/____/____	
3						Nº días:				Fecha de inicio: ____/____/____	
SEGUIMIENTO											
VIII. RESULTADOS DE LABORATORIO											
68. Resultados primera muestra						69. Resultados segunda muestra					
Fecha: ____/____/____						Fecha: ____/____/____					
ELISA IGM	☐ Indeterminado	☐ Reactivo	☐ No reactivo			ELISA IGM	☐ Indeterminado	☐ Reactivo	☐ No reactivo		
MAT	☐ Reactivo	☐ No reactivo				MAT	☐ Reactivo	☐ No reactivo			
PCR	☐ Positivo	☐ Negativo				PCR	☐ Positivo	☐ Negativo			
Cultivo	☐ Positivo	☐ Negativo				Cultivo	☐ Positivo	☐ Negativo			
<u>Microaglutinación-MAT</u>						<u>Microaglutinación-MAT</u>					
1.er serovar: _____		Título: _____				1.er serovar: _____		Título: _____			
2.do serovar: _____		Título: _____				2.do serovar: _____		Título: _____			
3.er serovar: _____		Título: _____				3.er serovar: _____		Título: _____			
IX. CONDICIÓN DEL CASO Y EGRESO											
		Día /Mes/Año		Lugar (IPRESS u otros)							
70. Hospitalizado	☐	Fecha de hospitalización: ____/____/____									
71. Referido	☐	Fecha de referencia: ____/____/____									
72. Ingreso a UCI	☐	Fecha de ingreso: ____/____/____									
73. Alta	☐	Fecha de alta médica: ____/____/____									
74. Fallecido	☐	Fecha de defunción: ____/____/____				Causas de muerte (certificado de defunción)					
X. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A DEFINICIÓN DE CASO											
	Probable	Confirmado	Descartado					Probable	Confirmado	Descartado	
75. Leptospirosis	☐	☐	☐					79. Fiebre amarilla	☐	☐	☐
76. Dengue sin signos de alarma	☐	☐	☐					80. Malaria	☐	☐	☐
77. Dengue con signos de alarma	☐	☐	☐					81. Otro. Esp. _____	☐	☐	☐
78. Dengue grave	☐	☐	☐								
XI. OBSERVACIONES											
XII. RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN											
82. Nombre y apellidos:											
83. Cargo:											
84. Celular:											
										Firma y sello	
Caso probable:											
Paciente con cuadro febril agudo ($\geq 38^{\circ}\text{C}$, de inicio brusco, menor o igual a 7 días), que presente los siguientes síntomas: cefalea de diversa intensidad, mialgias de moderada a intensa a predominio de pantorrillas y espalda, que puede estar acompañado de otras manifestaciones clínicas: respiratorias, neurológicas, gastrointestinales u oftalmológicas; y, Con antecedentes de exposición a potenciales fuentes de infección durante últimos 30 días: • Contacto con fuentes de agua, suelo o superficies potencialmente contaminadas con orina de animales (roedores, animales domésticos y silvestres), incluyendo actividades recreativas o de riesgo ocupacional; o, • Que resida o con antecedentes de viajes a zonas con reporte de casos o zonas afectadas por lluvias o inundaciones; y, Con o sin las siguientes pruebas de laboratorio: • Prueba de ELISA IgM reactiva o indeterminada para detección de anticuerpos contra leptospira; o, • Pruebas de microaglutinación (MAT) con títulos inferiores a 1:800.											
Caso confirmado:											
Caso probable con los siguientes resultados de laboratorio: • Detección del ADN de leptospira por la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a partir de sangre, orina, líquido cefalorraquídeo (LCR) o tejidos; o, • Detección de anticuerpos mediante la prueba de microaglutinación (MAT) con títulos iguales o superiores a 1:800 en una sola muestra; o, • Seroconversión en dos muestras pareadas de suero mediante la prueba MAT, con variación de 4 o más veces el título de anticuerpos. La segunda muestra deberá ser obtenida entre los 14 y 30 días de la primera; o, • Aislamiento de la bacteria mediante cultivo, a partir de sangre, orina, líquido cefalorraquídeo (LCR) o tejidos.											