

FICHA DE INVESTIGACION CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

1 Fecha de notificación ____ / ____ / ____ 2 Fecha de investigación ____ / ____ / ____
 3 Tipo de vigilancia ____ P = Pasiva, A = Activa

I. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DEL CASO

4 Apellidos y nombres _____
 5 DNI / Pasaporte _____ 6 Edad (años) ____ 7 Sexo ____ Masculino= M, Femenino= F
 8 Embarazada ____ Si = 1, No = 0, Ignorado = 3 9 Trimestre ____ 1er = 1, 2do = 2, 3er = 3
 10 Grupo étnico ____ Mestizo = 1, Afro descendiente = 2, Andino = 3, Indígena amazónico = 4, Asiático descendiente = 5, Otros = 6
 11 Etnia (detalle) ____ Ver instructivo 12 Celular ____ 13. Jefe de familia: _____

Domicilio/dirección actual: *Llenar campo de país, solo si no es de Perú.

14 País ____ 15 Departamento ____ 16 Provincia ____
 17 Distrito ____ 18 Localidad / Comunidad ____
 19 Procedencia habitual ____ Urbana= 1, Rural=2, Urbano-marginal=3 20 Dirección ____
 21 Referencia para ubicación ____
 22 Ocupación ____ Maderero= 1, Agricultor= 2, Minero= 3, Pescador/Cazador= 4, Otro= 5 (Especifique)
 23 Latitud Sur ____ 24 Longitud Oeste ____

II ASPECTOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO

25 Sintomático ____ Si= 1, No= 0 26 Fecha de inicio de síntomas*: ____ / ____ / ____ **En asintomáticos es la fecha de diagnóstico

Signos y síntomas: (Solo para los que presentan síntomas y signos)

27 Cefalea (Dolor de cabeza) [] 32 Postración (no puede sentarse, pararse o caminar sin ayuda) []
 28 Fiebre (actual/reciente) [] 33 Convulsiones []
 29 Escalofríos [] 34 Orina de color pardo oscura o rojiza []
 30 Sudoración [] 35 Parasitemia elevada []
 31 Ictericia (Amarillento) [] 36 Anemia severa []
 37 Hospitalizado ____ Si= 1, No= 0 Si es **NO**, pasar a la 40 38 Fecha de hospitalización ____ / ____ / ____ 39 Nº HC ____
 40 Falleció ____ Si= 1, No= 0 Si es **NO**, pasar a la 42 41 Fecha de defunción ____ / ____ / ____

Diagnóstico de laboratorio

42 Fecha de toma de muestra ____ / ____ / ____ 43 Muestra tomada en ____ Establecimiento de salud = 1
 Búsqueda de febriles = 2, Barrido hemático = 3, Promotores (ACS) = 4, Investigación = 5, Otro = 6: _____ (Especifique)

44. Prueba	45. Resultado		46. Especie			47. Densidad de formas	
	Negativo	Positivo	P. falciparum	P. vivax	Otro:	Asexuadas ¹	Gametocitos ²
PDR (Prueba o tira rápida) []	[]	[]	[]	[]	[]		
Gota gruesa y frotis []	[]	[]	[]	[]	[]		

48 Fecha de resultado ____ / ____ / ____ 49 Posible origen geográfico parásito (PCR): _____

1= Trofozoitos y/o gametocitos.

III ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

50 ¿Tuvo malaria o paludismo anteriormente? ____ Si=1, No=0 51 ¿Cuándo? (mm/aa) ____ / ____ 52 Especie ____
 53 ¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos 6 meses?: ____ Si=1, No=0 54. ¿Dónde? _____

Historia de viaje

55 ¿Ha viajado fuera de la localidad donde vive este último mes?: ____ Si=1, No=0 Si es **SÍ**, preguntar viajes.

56. Lugar (Localidad / Distrito / Provincia / Departamento / País) ²	Fechas de viaje	Número de días de duración del viaje
	Entrada ____ / ____ / ____	
	Salida ____ / ____ / ____	
	Entrada ____ / ____ / ____	
	Salida ____ / ____ / ____	

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

57 ¿Durmió bajo mosquitero anoche? ____ Si=1, No=0 56 ¿Cuántas personas duermen en casa incluyendo a los niños? ____
 59 ¿Cuántos mosquiteros son útiles? ____ 60 ¿Su casa fue fumigada? ____ Si=1, No=0 61 ¿Cuándo? (mm/aa) ____ / ____
 62 ¿Examinaron a todos los miembros de su casa para el paludismo o malaria? ____ Si=1, No=0 63 ¿A cuántos miembros? ____
 64 ¿Examinaron a todos sus compañeros de trabajo para el paludismo o malaria? ____ Si=1, No=0 65 ¿A cuántos miembros? ____
 66 ¿Hicieron búsqueda activa? ____ Si=1, No=0 67 Número de casas investigadas: ____ 68 Número de positivos: ____

Búsqueda activa

69 ¿Existe (n) otra (s) persona (s) con síntomas similares al paludismo en su casa donde vive o en su trabajo?: _____

Si=1, No=0

70. Apellidos y nombres	71. Sexo M / F	72. Edad	73. Parentesco con el caso confirmado	74. Gota gruesa/frotis/PDR		75. Fecha toma de muestra	76. Resultado	
				Febril	Sin fiebre		Positivo	Negativo
						____/____/____		
						____/____/____		
						____/____/____		
						____/____/____		
						____/____/____		
						____/____/____		
						____/____/____		

Si uno o más colaterales se confirma por laboratorio debe notificarse y debe registrarse en otra ficha.

IV CLASIFICACIÓN

77 Caso clasificado según el origen del caso:

Autóctono []

Inducido []

Recaída []

Introducido []

Importado []

Importado de otro departamento []

Importado internacional (país) _____

78 Forma clínica

Malaria []

Malaria grave []

Malaria mixta []

V DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

79 Diresa / Geresa / Diris : LORETO

80 Red : ALTO AMAZONAS

81 Establecimiento de salud: HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

82 Institución de procedencia

Minsa []

Essalud []

FFAA []

PNP []

Privado []

Otro _____

83 Observaciones

84 Nombre del profesional o técnico que realizó la investigación: _____

19 Correo electrónico _____

20 Celular: _____

.....
Firma y sello