

	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 además presenta cualquiera de las siguientes manifestaciones de piel y partes blandas (impetigo, celulitis, absceso, fascitis necrotizante, paniculitis, otras): neurológicas (cerebritis, encefalitis, meningitis, mielitis, síndrome de Guillain Barre), respiratorias (neumonía, neumonitis), hematológicas (síndrome hemorrágico), 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 ☐ Afrodescendiente ☐ Indígena amazónico			☐ Asiático descendiente ☐ Otro, especificar: _____			
20. Nombre de la madre/tutor Gestante (SI) (NO)			Trimestre de gestación: I () II () III ()			
III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN						
21. Dirección: _____			23. Distrito: _____			
22. Departamento: _____			25. Localidad: _____			
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 antivariela)						
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 clínico)						
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 _____		