



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

### FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE DIFTERIA

#### I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACION

1. Fecha notificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. SE:

3. GERESA/DIRESA/DIRIS: \_\_\_\_\_

4. Inst. Adm:  MINSA  EsSalud  
 FFAA/Sanidad  Privado

5. EESS: \_\_\_\_\_

6. Clasificación en la captación:  Confirmado  Probable  Sospechoso

7. Tipo de captación (vigilancia):  Activa  Pasiva

8. Lugar:  Institucional  Comunidad

#### II. DATOS DEL PACIENTE

9. Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_

10. N° Celular: \_\_\_\_\_

11. Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

12. Edad: \_\_\_\_\_  Año  Mes  Día

13. Sexo:  Masculino  Femenino

14. N° DNI/CE/Pasaporte: \_\_\_\_\_

15. Domicilio actual: \_\_\_\_\_

16. Nacionalidad: \_\_\_\_\_

17. Departamento: \_\_\_\_\_

18. Distrito: \_\_\_\_\_

19. Provincia: \_\_\_\_\_

20. Localidad: \_\_\_\_\_

21. Etnia :  Mestizo  Andino  Asiático descendiente  
 Afrodescendiente  Indígena amazónico  Otro, especificar: \_\_\_\_\_

22. Gestante  Si  No

23. Semanas de gestacion:

#### III. SIGNOS Y SÍNTOMAS:

24. Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 25. T °C: \_\_\_\_\_

	Si	No	Ignorado
26. Fiebre o sensación de alza térmica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dolor de garganta o al deglutir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Faringitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Laringitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Aumento de volumen en cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Presencia de placa (seudomembrana):	Orofaringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Traqueobronquial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Secreción nasal (mucosa o sanguinolenta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Lesión cutánea ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### IV. EVOLUCIÓN

37. Hospitalizado:  Si  No  Ignorado

38. Antibiótico antes del ingreso:  Si  No

Especificar antibiótico: \_\_\_\_\_

Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:

39. Hospital: \_\_\_\_\_

40. Fecha de hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

41. Tratamiento recibido:  Antibiótico  Antitoxina

Especificar antibiótico: \_\_\_\_\_

42. Egreso del Hospital:  Recuperado  Referido  Falleció  Con secuela \_\_\_\_\_

43. Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

44. Fecha de defunción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

45. Complicaciones (especifique):  Cardíacas  Neurológicas  Otros

**V. INFORMACION EPIDEMIOLOGICA**

**46. Lugar probable de infección (10 días previos al inicio de los síntomas, incluye viajes)**

Lugar o institución o dirección	Localidad/Distrito	Provincia	Departamento	Permanencia (días)

47. ¿Estuvo en contacto con un posible caso de Difteria?  Si  No  Ignorado

48. ¿Sabe si hay casos similares en la zona?  Si  No  Ignorado

49. Aislamiento domiciliario:  Si  No  Ignorado      50. Fecha de aislamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

51. Vacunación contra difteria  Si  No      52. Numero de dosis:  1°  2°  3°

53. Refuerzos:  1°  2°      54. Fecha de ultima dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**55. Censo de contactos domiciliarios:**

Nombres y Apellidos	Edad	Sexo	Vacunado	Profilaxis
a) _____	____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Fecha: ____/____/____	
b) _____	____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Fecha: ____/____/____	
c) _____	____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Fecha: ____/____/____	
d) _____	____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Fecha: ____/____/____	
e) _____	____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Fecha: ____/____/____	

*Para el censo de contactos en centros laborales, de estudios u otros usar formato de censo ampliado de contactos*

**VI. LABORATORIO**

56. Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      57. Tipo de muestra:  Hisopado  Membrana

58. Cultivo       60. Fecha resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      61. Recibió Antibiótico  Si  No

59. PCR       61. Recibió Antibiótico  Si  No

**62. Clasificación final**  
 Confirmado  
 Descartado

**VII. INVESTIGADOR**

63. Persona que llena la ficha: \_\_\_\_\_      64. Cargo: \_\_\_\_\_

65. Firma y Sello \_\_\_\_\_      66. Fecha de investigación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_