PERÚ | Ministerio de Salud | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Ficha de investigación clínico-epidemiológica V.2

para la vigilancia de dengue, chikungunya, zika, oropuche, mayaro y otras arbovirosis

CIE 10: dengue sin signos **(A97.0),** dengue con signos de alarma**(A97.1),** dengue grave**(A97.2),** Chikungunya**(A92.0),** Chikungunya Grave**(A92.5),** Zika población general**(U06.9)**, Oropuche **(A98O),** Mayaro**(A92.8)**

I. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA (elegir la vigilancia que corresponde)

a. Definición de casos (casos que cumplen criterio clínico y epidemiológico) ☐ **b. Vigilancia de febriles** (Frente al incremento de febriles en EESS) ☐ **c. Vigilancia centinela** (Solo para EESS centinela) ☐

II. DATOS GENERALES:

1. Fecha de atención o investigación (Día / Mes / Año) **2.** Fecha de notificación (Día / Mes / Año) **3.** GERESA/DIRESA/DISA

4. Red **5** Micro Red **6.**EESS notificante:

7. Institución de salud: ☐MINSA ☐EsSalud ☐Sanidad PNP ☐Sanidad FA ☐ Privados Otro

III.DATOS DEL PACIENTE

8. DNI/Pasaporte/Cedula **9.** Nacionalidad **10.** Teléfono **11.** Historia clínica

12 Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

13. Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año) **14.**Edad (años) **15.**Género (M / F) **16.** Ocupación **17.** Étnia (☐Meztiso ☐Afro descendiente ☐Andino ☐Indigena Amazonico ☐Asiático descendiente ☐otro_____) **17.1.** Pueblo étnia

18. Gestante (SI / NO) **19.** Edad gestacional Semanas **20.** Fecha de última regla en gestante (Día / Mes / Año)

Dirección de residencia actual:

21. País **22.** Departamento 23. Provincia **24**. Distrito **25.** Localidad de residencia actual

26. Tipo de vía: Alameda☐ Avenida☐ Calle☐ Jirón☐ Pasaje☐ Otros

27. Nombre de la vía Referencia

28. Manzana **29.**Lote **30.** Número de puerta **31.** Block **32.**Interior **33.** Kilometro

34. Agrupamiento Humano : AAHH☐ Asociación☐ Urbanización☐ Centro poblado☐ Caserío☐ Otros

35. Nombre del agrupamiento humano **36.** Sector

IV. ANTECEDENTES EPIDEMIÓLOGICC (DATO DE IMPORTANCIA PARA ESTABLECER LUGAR DE INFECCIÓN)

37. ¿Dónde estuvo en las últimas dos semanas (14 días) antes de enfermar?

						desde……/……../…… hasta ……../……/……
						desde……/……../…… hasta ……../……/……

38. País **39.Departamento** **40. Provincia** **41. Distrito** **42. localidad** **43. Dirección** **44. Feha de permanencia**

45. Caso autóctono (SI / NO) **46.** Caso importado Nacional☐ **47.** Caso importado Internacional☐

48. Tuvo dengue anteriormente (SI / NO) **49.** Año **50.** Recibio vacuna: ☐ Fiebre Amarilla ☐ Otra:……..... **51.** Año de vacunación

52. Tiene comorbilidad (SI / NO) **53.** ¿Cuál? Hipertensión arterial☐ Obesidad☐ Diabetes☐ Otros

54 ¿Antes de acudir al establecimiento actual, usted acudio a otro estalecimiento? (SI / NO)

V. DATOS CLÍNICOS

55. Fecha de inicio de síntomas: (Día / Mes / Año)

56. Fecha de toma primera muestra (Día / Mes / Año)

57. Fecha de toma segunda muestra (Día / Mes / Año)

58 Fecha de evaluación médica (Día / Mes / Año)

59. Signos y síntomas frecuentes

Fiebre ≤ 7 dias de evolución (SI / NO) Temp. actual °C
Artralgias
a. Manos
b. Pies
Mialgias
Cefalea
Dolor ocular o retroocular
Dolor lumbar
Nauseas
Vomitos
Rash o exantema
Fecha de inicio de rash (Día / Mes / Año)
Prurito o escozor
Conjuntivitis no purulenta
Fotofobia
Edema articular
Otros……..

Signos de alarma
Dolor abdominal intenso y continuo
Vómitos persistentes
Sangrado de mucosas o piel o ambas
Estado mental alterado (letargo, inquietud, irritabilidad)
Derrame seroso al examen clínico y/o por estudio de imagenes (ascitis o derrame pleural o pericárdico)
Lipotimia
Hepatomegalia mayor de 2 cm
Incremento del hematocrito
Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario)
Trombocitopenia < 100 000mm3 (disminucion brusca de plaquetas)
Dificultad para caminar (en oroupuche y chikungunya)
Dolor de torax
Ictericia

Signos de gravedad
Pulso débil e indetectable
Extremidades frías o cianóticas
Diferencial de Presion arterial ≤ 20 mmHg.
Síndrome de dificultad respiratoria (por extravasación importante de plasma)
Compromiso grave de organos
Especifique : ……..
Sangrado grave
Especifique : ……..……..……

Escala de Glasgow……puntuación final
Apertura ocular (1-4)
Respuesta motor(1-6)
Respuesta verba(1-5)

VI.EXAMENES DE LABORATORIO (LLENADO POR EL LABORATORIO REFERENCIAL)

60. Prueba solicitada

		Resultado	Fecha de resultado
ELISA NS1-Dengue	☐		
Prueba molecular Suero	☐		
Prueba molecular Orina	☐		

		Resultado	Fecha de resultado
ELISA IgM (1era muestra)	☐		
ELISA IgM (2da muestra)	☐		
Otros:.....	☐		

61. Resultado de serotipo

VII. EVOLUCIÓN DE CASOS GRAVES Y EGRESO (SOLO PARA CASOS HOSPITALIZADOS)

62. Hospitalizado ☐
68. Falleció ☐
70. Fue referido ☐

63. Fecha de hospitalización (Dia / Mes / Año)
69. Fecha de defunción
71. Fecha de referencia

64. Lugar (IPRESS u otros)

65. Ingreso a UCI ☐ **66.** Fecha de ingreso

67. Fecha de alta

VIII. CLASIFICACIÓN (PRIORIZAR DE ACUERDO A DEFINICIÓN DE CASO)

	Probable	Confirmado	Descartado
72. Dengue sin signos de alarma	☐	☐	☐
73. Dengue con signos de alarma	☐	☐	☐
74. Dengue grave	☐	☐	☐
75. Chikungunya	☐	☐	☐
76. Chikungunya grave	☐	☐	☐
77. Mayaro	☐	☐	☐
78. Zika	☐	☐	☐
79. Oropuche	☐	☐	☐

80. Lista de prioridad diagnostica para notificación (llenado obligatorio si se tiene mas de un diagnostico): Si usted sospecha de dos o más enfermedades debe enumerar en la lista de acuerdo a prioridad diagnostica en la siguiente fila:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

IX. OBSERVACIONES

X. INVESTIGADOR

Nombre de la persona responsable:
Cargo:
Celular:

Firma y Sello