



PERÚ

Ministerio  
de SaludCentro Nacional de  
Epidemiología, Prevención y  
Control de EnfermedadesFICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA  
VARICELA

## DEFINICION DE CASO DE VARICELA

Todo caso que presente exantema máculo pápulo vesicular que evoluciona a costra (con polimorfismo regional), de presentación céfalo caudal, muy pruriginosa, con o sin fiebre; y, que además presenta cualquiera de las siguientes manifestaciones: sobreinfecciones de piel y partes blandas (impétigo, celulitis, absceso, fasciitis necrotizante, paniculitis, otras); neurológicas (cerebelitis, encefalitis, meningitis, mielitis, síndrome de Guillain Barré); respiratoria (neumonitis, neumonías); hematológicas (síndrome hemorrágico); visceral o diseminada (miocarditis, pericarditis, 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 notificación EESS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a Dirección de Salud	Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC
	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

## I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

DISA/ DIRESA/ GERESA \_\_\_\_\_ RED \_\_\_\_\_ Nombre del EESS \_\_\_\_\_  
 Captación del caso: Vigilancia pasiva ( ) Vigilancia activa ( )

## II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombres : \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Años / Meses Sexo M [ ] F [ ]  
 Nombre de la madre/tutor: \_\_\_\_\_ Telf/Celular. \_\_\_\_\_

## Domicilio actual:

Departamento _____	Nombre de zona _____
Provincia _____	Tipo de vía (Av. Jr. Calle Psj. Otro) _____
Distrito _____	Nombre de vía _____
Localidad _____	Número/Km./Mz. _____

## Referencia para localizar:

## III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN:

Departamento: _____	Nombre de zona : _____
Provincia: _____	Tipo de vía (Av. Jr. Calle Psj. Otro): _____
Distrito: _____	Nombre de vía: _____
Localidad: _____	Número/Km./Mz.: _____

¿En las últimas 2 a 3 semanas estuvo en contacto con otro caso de varicela? (Si) (No) (ignorado)

Dónde:	Nombre del lugar	Dirección	N° 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

Fecha inicio erupción de lesiones dérmicas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha inicio de fiebre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° días duración: ( )  
 Tipo de lesión dérmica: mácula ( ) pápula ( ) vesícula ( ) costra ( ) Temperatura: \_\_\_ °C

## Complicaciones: (Si) (No)

Sobreinfección de piel y partes blandas ( )	Neurológicas ( )
Respiratorias ( )	Hemorrágicas ( )

## Otras (especificar):

<b>Condición de riesgo:</b> (Si) (No)	Malformación congénita ( )
Inmunosupresión ( )	Desordenes metabólicos ( )
Asma ( )	Enfermedades reumatológicas ( )
Cáncer ( )	Enfermedades cardíacas ( )
Gestante: ( )	Otras (especificar) ( )
N° semanas de gestación [ ]	

**Condición de egreso del paciente**

Alta médica ( ) Alta voluntaria ( ) Referido ( ) Fallecido ( ) Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Referido a:

Causa de muerte:

**VI. ANTECEDENTES DE VACUNACION**

Solo considerar dosis de vacuna con componente antivariçela:

Número de dosis recibida: \_\_\_\_\_ Fecha de última dosis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fuente de verificación: \_\_\_\_\_

**VII. LABORATORIO**

- No está indicado la obtención de muestra rutinaria para diagnóstico de varicela, dado que ésta es eminentemente clínico.
- Las muestras de laboratorio **SOLO** se indican en casos complicados graves en los que no se tenga certeza del diagnóstico clínico.

Tipo de muestra	Fecha de obtención de 1° muestra	Fecha envío EE SS, Red / Microrred	Fecha envío Red / Microrred a LRR	Fecha envío LRR a INS	Fecha emisión resultado INS	Resultado	Observaciones
Suero	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___		
Hisopado de vesícula	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___		

**X. OBSERVACIONES**

Nombre de la persona que investiga el caso: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Cargo \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_

**Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – Ministerio de Salud**  
 Correo electrónico: [notificacion@dge.gob.pe](mailto:notificacion@dge.gob.pe) - Telefax 01 – 631 – 4500, Calle Daniel Olaechea 199, Jesús María - Lima 11

**INFOSALUD 0800-10828**

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica