FORMATO DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE NEUMONÍA EN NIÑOS Y ADULTOS.

I.- Datos generales establecimiento notificante

Nombre del Establecimiento: _____
Estab. de salud: Puesto de Salud () Centro de Salud () Hospital () MINSA () ESSALUD () PNP () PRIV ()
DIRESA _____ Red _____ Microred _____
Fecha de llenado de datos _____ / _____ / _____ H.CL. N° _____

II.- Identificación

Nombres y Apellidos: _____ Sexo (M) (F) F. de nacimiento _____ / _____ / _____
Edad _____ DNI _____ Dirección (donde vive) _____ Referencia: _____
Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____
La vivienda está ubicada en (1) zona urbana (2) zona rural (3) Alto andina N° de Teléfono: _____
Fecha de Atención _____ / _____ / _____

III.- Datos clínicos-

3.1 Menor de 5 años (si es mayor a 5 años pase a 3.2)

Tos Si () No () Frecuencia respiratoria _____ X min Fiebre Si () No () () Estridor Si () No ()
Odinofagia Si () No () Tiraje subcostal Si () No () Letárgico o comatoso Si () No () Desnutrido
Si () No () Dificultad para lactar o alimentarse Si () No () Vomita Si () No () Sibilancia Si ()
No ()
Clasificación: _____
Hospitalizado Si () No () C. salud Si () No () Hospital Si () No () Rayos X Si () No ()
Solo para hospitales y resultado: _____

Referido de: E. Salud _____ a, E. Salud _____

3.2. Mayor de 5 años

Tos Si () No () Frecuencia respiratoria _____ min () Fiebre Si () No () Estridor Si () No ()
Odinofagia Si () No () Tiraje subcostal Si () No () Letárgico o comatoso Si () No () Desnutrido
Si () No () Dificultad para alimentarse Si () No () vomita Si () No () Sibilancia Si () No ()
Hospitalizado Si () No () Centro de salud Si () No () Hospital Si () No () Rayos X Si () No ()
Solo para hospitales y resultado de Rx: _____

Referido de: E. Salud _____ a, E. Salud _____

IV.- Atención y acceso a servicios de salud (< de 5 años y > de 5 años)

Cuidado del niño o mayores de 5 años en los últimos 30 días por: (1) Madre (2) Padre (3) Abuela/o
(4) Hermana (5) Otro _____ Fecha inicio enfermedad _____ / _____ / _____
¿A dónde llego primero?: Puesto de Salud (1) Centro de Salud (2) Hospital (3) Clínica privada (4)
Farmacia/Botica.(5) Curandero (6) Otro: _____ Fecha de Primera atención _____ / _____ / _____

Seguro (1) SIS (2) Es Salud (3) Fuerzas Armadas y Policiales (4) Privado (5) Otro (6) no tiene

Vacunas

Pentavalente () 1 dosis () 2 dosis () 3 dosis. **Neumococo** () 1 dosis () 2 dosis () 3 dosis

Influenza () 1 dosis () 2 dosis ()

Estado nutricional y anemia en niños <5 años: Eutrófico: () Desnutrido Agudo () Crónico () Anemia
Si () No () Control CRED Si () No () N° de controles ()

V. Tratamiento.

Antibióticos administrados: _____

VI. Diagnostico final: _____

Respons. del llenado de la Ficha _____ **Cargo** _____ **Firma** _____