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?

38. País	39.Departamento	40. Provincia	41. Distrito	42. localidad	43. Dirección	44. Feha de permanencia
						desde…../……../…… hasta ……../……../……
						desde…../……../…… hasta ……../……../……

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