



FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

DEFINICION OPERATIVA : Caso sospechoso

Toda persona de cualquier edad, de quién un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo papular generalizada, NO vesicular.

Código de registro	Fecha de identificación local del caso (o consulta)	Fecha de notificación de DIRESA/GERESA/DIRIS a CDC/MINSA (notificación nacional)	Fecha de investigación (visita domiciliaria)
	___/___/___	___/___/___	___/___/___

IMPORTANTE: Puntos I al III deben ser llenados por médico tratante o personal de salud que atiende el caso

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE

DIRESA/GERESA/DIRIS RED MICRORED Establecimiento de salud notificante

Nombre de personal de salud que atiende el caso: Teléfono del personal de salud

II. DATOS DEL PACIENTE

Tipo de doc. Identidad: 1 = DNI; 2 = Carné de extranjería; 3 = Pasaporte; 4 = Sin documento Sexo: 1 = Masculino; 2 = Femenino Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

N° Doc. Identidad: Apellidos: Nombres: Pueblo étnico: Etnia:

Ocupación: Gestante: 1 = Sí; 2 = No N° semanas de gestación: Lugar probable de parto:

Domicilio actual:

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Tipo de localidad: 1 = Urbano; 2 = Periurbano; 3 = Rural

Si el caso procede del extranjero, indicar dirección, ciudad y país:

Referencia para localizar (a la altura de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.)

En caso sea menor de edad, indicar:

Nombre de madre o tutor: Teléf. de madre o tutor: N° Doc. Identidad de madre o tutor:

III. CUADRO CLÍNICO

Fecha inicio fiebre: ___/___/___ Fiebre fue cuantificada: 1 = Sí; 2 = No Erupción cutánea: 1 = Sí; 2 = No Estado general:

N° días duración: () Temperatura: _____ °C Fecha inicio erupción: ___/___/___ N° días duración: () 1= Bueno; 2 = Regular; 3 = Malo

Colocar: 1 = Sí; 2 = No

Tos Coriza o rinorrea Conjuntivitis Manchas de Koplik Adenopatía cervical Adenopatía retroauricular

Artralgias Otros Especificar otros: _____

Describir erupción cutánea (número de días después de inicio de erupción en que caso acude a la consulta y se está realizando la descripción, lugar de aparición, cronología de la aparición de la erupción cutánea, tipo de exantema, presencia de descamación y/o prurito, entre otros). Se recomienda documentar con fotografías. Ver instructivo.

Complicaciones (1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido)

Otitis media Convulsiones Neumonía Trombocitopenia Diarrea Encefalitis Otras Especificar otras: _____

Condición del paciente (1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido)

Hospitalizado Fecha hospitalización: ___/___/___ Nombre de EE.SS de hospitalización: N° H.C:

Fallecido Fecha de defunción: ___/___/___ Causa básica de defunción:

Antecedente de vacunación contra sarampión: 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

IMPORTANTE: Puntos IV al XI deben ser llenados por personal de epidemiología

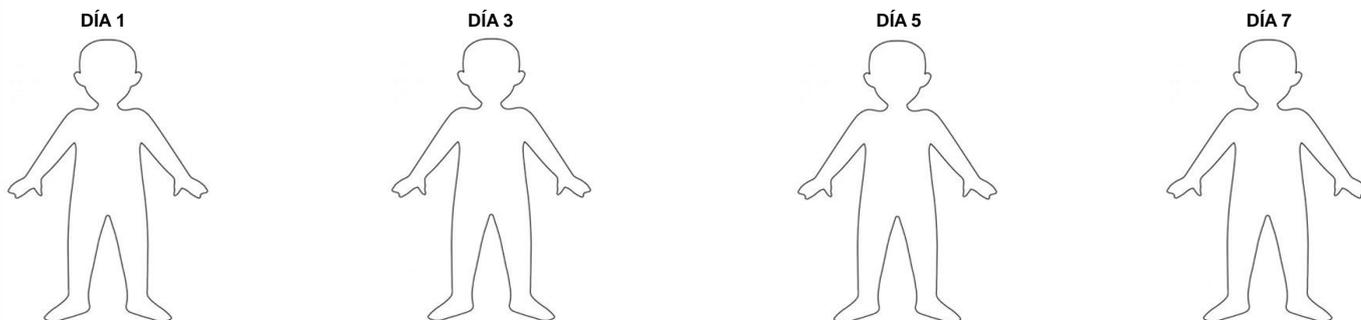
IV. INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA (llenar durante seguimiento)

CRONOLOGÍA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: En la primera fila de la tabla, colocar la fecha en formato dd/mm teniendo como referencia el día 0 ("X" graficada en la tabla) que corresponde a la fecha de inicio de la erupción cutánea y construya la secuencia de los días hacia atrás y adelante. Colocar una X en los días en que inició cada signo y síntoma y su duración. Documentar exantema con fotografías durante visitas domiciliarias. Ver instructivo.

Signos y síntomas	FECHA: dd/mm																				
	DÍAS																				
	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Erupción										X											
Fiebre																					
Tos																					
Conjuntivitis																					
Coriza o Rinorrea																					
Manchas de Koplik																					
Adenopatía retroauricular																					
Adenopatía cervical																					
Artralgias																					
Otros																					
Especificar:																					

Ampliación de descripción de erupción cutánea (lugar de aparición, tipo de exantema, presencia de descamación y/o prurito, entre otros). **Se recomienda documentar con fotografías la evolución del exantema (cara, cuello, tórax, abdomen, extremidades (palmas, plantas)). Colocar en imagen secuencia de erupción cutánea.** Ver instructivo.

Sombrear las zonas del cuerpo de acuerdo a la cronología de la presentación del exantema:



V. LABORATORIO

Tipo de muestra	1era muestra										2da muestra										
	Fecha toma de muestra	Fecha envío LRR/LR a INS	Fecha recepción INS**	Resultado							Fecha toma de muestra	Fecha envío LRR/LR a INS	Fecha recepción INS**	Resultado							
				PCR	Fecha resultado	Genotipo	IGM	Fecha resultado	IGG	Fecha resultado				IgM	Fecha de resultado	IgG	Fecha de resultado				
Suero	___/___/___	___/___/___	___/___/___		___/___/___				___/___/___		___/___/___	___/___/___	___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___
Hisopado nasal y faríngeo	___/___/___	___/___/___	___/___/___		___/___/___				___/___/___		___/___/___	___/___/___	___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___
Orina*	___/___/___	___/___/___	___/___/___		___/___/___				___/___/___		___/___/___	___/___/___	___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___

* A solicitud de INS; ** De acuerdo a lo consignado en NETLAB

VI. ANTECEDENTES VACUNALES

Sólo considerar dosis de vacuna con componente antisarampionoso (SRP, SR, ASA) documentadas en carné de vacunación, si no hubiera carné y existe referencia verbal de vacunación, investigar en archivos de establecimiento de salud donde se vacunó o centro educativo inicial (nido o guardería). **Documentar carné de vacunación con fotografía.** Ver instructivo.

Estado vacunal y evidencia: 1= Vacunado; 2 = Vacunado incompleto; 3 = No vacunado; 4 = Ignorado; 5 = No corresponde; 6 = Sin evidencia

Tipo de vacuna*	N° dosis**	Fecha de última dosis	N° Lote	Fuente de información***	EE.SS donde se vacunó
		___/___/___			
		___/___/___			

* Tipo de vacuna: 1 = Antisarampionosa; 2 = Antirubeólica; 3 = Doble viral (SR); 4 = Triple viral (SRP)

** 0 = Dosis cero; 1 = Primera dosis; 2 = Segunda dosis; 88 = Dosis adicional; 99 = Desconocido

*** 1 = Carné de vacunación; 2 = Registro en servicio de salud

VII. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Captación del caso: 1 = Consulta; 2 = Laboratorio; 3 = Búsqueda activa institucional; 4 = Búsqueda activa comunitaria; Si es otros, especificar: _____

Caso es contacto de otro caso conocido 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido Código del caso:

Caso tuvo contacto con gestante en primeras 20 semanas 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

Nombre de gestante: _____ Fecha de contacto: ____/____/____

Hubo casos reportados de sarampión en los últimos 30 días en su jurisdicción 1 = Sí, con sarampión; 2 = Sí, con rubeola; 3 = Sí, con ambos; 4 = No; 99 = Desconocido

Se han reportado otras enfermedades eruptivas febriles en su jurisdicción 1 = Sí, 2 = No; 99 = Desconocido ¿Cuál(es)? _____

VIII. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN (CONSIDERAR ENTRE 7 A 30 DÍAS ANTES DEL INICIO DE ERUPCIÓN CUTÁNEA)

Lugar y/o institución	Dirección	Localidad/Distrito	Provincia	Departamento	Referencia para localizar	Tiempo de permanencia en zona (días)

Entre 7 a 30 días antes de la erupción cutánea, el caso tuvo contacto con: 1 = Contacto con extranjeros; 2 = Visitó establecimiento de salud; 3 = Recibió visitas en casa; 4 = Asistió a celebraciones masivas (religiosas, festividades, sociales, etc.); 5 = Otros

Especificar otros: _____

Paciente viajó entre los 7 a 30 días antes del inicio de la erupción 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

Si viajó, especificar

	País	Localidad, Distrito, Provincia (Perú), Ciudad (Extranjero)	Fecha de ingreso	Transporte*	Fecha de salida	Transporte*
1			____/____/____		____/____/____	
2			____/____/____		____/____/____	
3			____/____/____		____/____/____	

* 1 = Aéreo; 2 = Terrestre; 3 = Marítimo; 4 = Otro

Ingresar Longitud y Latitud de domicilio del paciente: Longitud: _____ Latitud: _____

IX. CLASIFICACIÓN FINAL (MÁXIMO HASTA 4 SEMANAS DESPUÉS DE CONOCIDO EL CASO)

Clasificación Final 1 = Sarampión; 2 = Rubéola; 3 = Descartado

Criterio para confirmación 1 = Laboratorio; 2 = Nexo epidemiológico; 3 = Clínica

Si fue confirmación por Laboratorio, indicar resultado 1 = IgM indirecta(+); 2 = Seroconversión de IgG indirecta; 3 = PCR (+)

Criterio para descartar 1 = Sarampión/Rubeola IgM-neg; 2 = Reacción vacunal*; 3 = Dengue; 4 = Parvovirus B19; 5 = Herpes 6; 6 = Reacción alérgica; 7 = Zika; 88 = Otros

(*) Estos casos sólo podrán ser clasificados como tal luego de estudio adicional correspondiente según directiva. Otro criterio de descarte: _____

Clasificación según fuente de infección (Para proceso de eliminación del Sarampión) 1 = Importado; 2 = Relacionado a importación; 3 = Fuente desconocida; 4 = Local o Autóctono

Si es importando, indicar país de importación: _____

Fecha de clasificación final ____/____/____ Clasificado por: _____

Observaciones: _____

X. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS

Búsqueda activa institucional 1 = Sí; 2 = No Total de Dx. Revisados Casos nuevos ingresados al sistema Casos que ya existían en el sistema

Búsqueda activa comunitaria 1 = Sí; 2 = No Nº casos que cumplen definición de caso Nº casos nuevos que ingresan al sistema Nº casos que ya se encuentran en sistema de vigilancia

Casas abiertas (BA) Casas cerradas (BA) Casas abandonadas (BA) Total casas

1. CADENA DE TRANSMISIÓN: Objetivo: Identificar casos secundarios. Instrucciones:

a) Tomar como referencia la fecha de inicio de erupción del caso en investigación b) Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 4 días antes y 4 días después del inicio de la erupción c) Registrar en orden cronológico en la siguiente tabla d) Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 30 días a partir del primer contacto con el caso. Para los que inicien erupción se apertura nueva ficha.

Fecha del contacto	Lugar de contacto: puede ser su domicilio, un colegio, etc. en una Localidad o Distrito	Nombre del contacto	Edad	Dirección	Celular	Vacunado dentro de 72 horas del contacto con caso*	Fecha de vacunación	Fecha de inicio erupción
____/____/____							____/____/____	____/____/____
____/____/____							____/____/____	____/____/____
____/____/____							____/____/____	____/____/____
____/____/____							____/____/____	____/____/____

* 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

Fecha de último día de seguimiento de contactos: ____/____/____

2. ACCIONES DE CONTROL (Iniciar de inmediato cuando se presente UN caso sospechoso)

¿Se realizó bloqueo vacunal en la comunidad? 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido (obligatorio para niños de 1 - 4 años) Fecha inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

Localidad(es) _____ ¿Se realizó monitoreo rápido de coberturas (MRC)? 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

Número de vacunados en bloqueo en comunidad

<1 año	1- 4 años	5 - 14 años	> 15 años	Total VAC

Porcentaje de vacunados encontrados en monitoreo

XI. DATOS DE LA PERSONA QUE INVESTIGA EL CASO

Nombre de la persona que investiga el caso: _____ Teléfono _____

Cargo _____ email _____ Firma _____