



PERÚ

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

DEFINICION DE CASO DE VARICELA COMPLICADA

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, fascitis 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):

Condición de riesgo: (Si) (No)	Malformación congénita ()						
Immunosupresión ()	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 antivariela:							
Número de dosis recibida: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____ Fuente de verificación: _____							
VII. LABORATORIO							
<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Telefax 01 – 631 – 4500, Calle Daniel Olavechea 199, Jesús María - Lima 11

INFOSALUD 0800-10828

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