



Código: _____ Fecha de notificación al nivel inmediato superior ____/____/____ Fecha de investigación del caso ____/____/____

I. DATOS GENERALES

DISA _____ Red _____ Establecimiento notificante _____

Captación del caso: Pasiva () Activa ()

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____

Edad: ____ Años () Sexo: M () F ()

Meses () Si es menor de 1 año anotar meses

Días () Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: _____

Ocupación: _____

Domicilio actual

Departamento _____

Zona^r: [] _____

(especificar nombre)

Provincia _____

Vía^s: [] _____

(especificar nombre)

Distrito _____

Número/km./mz. _____

Localidad _____

Int/Dep/Lote _____

Zona de residencia: Urbana () Rural ()

Para los residentes en otros países:

País de origen: _____ Fecha de ingreso al país ____/____/____

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Fue picado por un insecto?: Sí [] No [] Ignora []

¿Si le picó, dígame cómo se llama el insecto?: Chirimacha [] Chinche [] No conoce [] Fecha de la picadura: ____/____/____

¿Material que predomina en la construcción de su casa (más del 50% del total del área construida)?: Adobe [] Estera/caña []

Cemento [] Sillar [] Otro : _____ []

¿Es donante de sangre?: Sí [] No []

¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos 45 días?: Sí [] No [] Fecha de la última transfusión: ____/____/____

¿Su mamá ha tenido enfermedad de Chagas?: Sí [] No [] Ignora []

¿Ha viajado en las últimas dos semanas antes de enfermar a una zona donde hay enfermedad de Chagas? Sí [] No []

¿A qué lugar ha viajado o en qué localidad ha sido picado? _____

¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto?

Departamento _____

Zona^r: [] _____

(especificar nombre)

Provincia _____

Vía^s: [] _____

(especificar nombre)

Distrito _____

Número/km./mz. _____

Localidad _____

Int/Dep/Lote _____

Zona de residencia: Urbana () Rural ()

¿Existe otra (s) persona (s) con síntomas similares que haya sido picado por una "chirimacha" o "chinche" en la casa donde pudo contagiarse?: Sí () No () Ignora ()

Investigación de colaterales: Cuantas personas tienen síntomas (verificar mediante visita a la vivienda). Si uno o más colaterales se confirman por laboratorio debe notificarse y debe registrarse en otra ficha.

Apellidos y nombres	Sexo/Edad		Parentesco	Fecha de exámen parasitológico	Resultado	
	M	F			Positivo	Negativo

^r Códigos de Zona: [1] Urbanización, [2] Villa, [3]Cooperativa, [4] Proy Municipal vivienda, [5]PPJJ/AAHH, [6] otro

^s Vía: [1] Avenida, [2] Calle, [3] Pasaje, [4] Jirón, [5] Otro

IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)					
ETAPA AGUDA	Síntomático []	No presenta síntomas []	Fecha de inicio de síntomas: ___ / ___ / ___		
Fiebre	[]	Hepatomegalia	[]	Esplenomegalia	[]
Miocarditis	[]	Dolores musculares	[]	Meningoencefalitis	[]
Chagoma de inoculación	[]	Signo de Romaña	[]	Malestar general	[]
ETAPA CRÓNICA					
Palpitaciones	[]	Hepatomegalia	[]	Tos	[]
Arritmia	[]	Edema	[]	Dolor a la deglución	[]
Dolor precordial	[]	Soplo	[]	Otro: _____	[]
Tratamiento:					
Nº de historia clínica: _____					
Recibió tratamiento: Si [] No [] Fecha de inicio de tratamiento: ___ / ___ / ___					
Resultado del tratamiento en el caso de Chagas agudo o congénito: Parasitemia negativa: Si [] No []					
Fallecido por enfermedad de Chagas: Si [] No [] Fecha: ___ / ___ / ___					
V. LABORATORIO					
Fecha de toma de muestra: ___ / ___ / ___ Fecha de envío al laboratorio ___ / ___ / ___					
Establecimiento de Salud	Muestra	Exámen realizado	Resultado		Fecha de exámen
	Sangre	Gota fresca [] Cultivo [] Microhematócrito [] Gota gruesa [] PCR []	Positivo []	Negativo []	
	Suero	ELISA [] HAI [] IFI []	[]	[]	
	Otra:				
(*) Solo en el caso de Chagas congénito se debe tomar más de una muestra los datos deben consignarse en observaciones					
VI. CLASIFICACIÓN (Marque con una "X")					
Clasificación final del caso probable: Fecha: ___ / ___ / ___					
Clasificación	Probable	Confirmado	Compatible	Caso descartado [Anotar la causa]	
Chagas agudo	[]	[]	[]		
Chagas congénito	[]	[]	[]		
Donante de sangre infectado por <i>Trypanosoma cruzi</i>	[]	[]	[]		
Procedencia del caso: Autóctono [] Importado []					
VII. OBSERVACIONES					
Nombre de la persona que investiga el caso: _____					
Cargo _____ Firma _____					

Oficina General de Epidemiología - MINSA

Correo electrónico: notificacion@oge.sld.pe Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: http://www.oge.sld.pe

INFOSALUD 0800-10828

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