

MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA	ENFERMEDAD DE CHAGAS CIE 10: B57 FICHA CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA
---	--

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 _____
 Provincia _____
 Distrito _____
 Localidad _____
 Zona de residencia: Urbana () Rural ()

Zona: [] _____
(especificar nombre)
 Vía: [] _____
(especificar nombre)
 Número/km./mz. _____
 Int/Dep/Lote _____

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 _____
 Provincia _____
 Distrito _____
 Localidad _____
 Zona de residencia: Urbana () Rural ()

Zona: [] _____
(especificar nombre)
 Vía: [] _____
(especificar nombre)
 Número/km./mz. _____
 Int/Dep/Lote _____

¿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 examen parasitológico	Resultado	
	M	F			Positivo	Negativo

IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)				
ETAPA AGUDA Sintomático <input type="checkbox"/> No presenta síntomas <input type="checkbox"/> Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____				
Fiebre <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia <input type="checkbox"/>		
Miocarditis <input type="checkbox"/>	Dolores musculares <input type="checkbox"/>	Meningoencefalitis <input type="checkbox"/>		
Chagoma de inoculación <input type="checkbox"/>	Signo de Romaña <input type="checkbox"/>	Malestar general <input type="checkbox"/>		
ETAPA CRÓNICA				
Palpitaciones <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/>		
Arritmia <input type="checkbox"/>	Edema <input type="checkbox"/>	Dolor a la deglución <input type="checkbox"/>		
Dolor precordial <input type="checkbox"/>	Soplo <input type="checkbox"/>	Otro: _____ <input type="checkbox"/>		
Tratamiento: _____ N° de historia clínica: _____ Recibió tratamiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de inicio de tratamiento: ____/____/____ Resultado del tratamiento en el caso de Chagas agudo o congénito: Parasitemia negativa: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fallecido por enfermedad de Chagas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	
		Cultivo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Microhematocrito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Gota gruesa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		PCR <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Suero	ELISA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		HAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		IFI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	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 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chagas congénito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Donante de sangre infectado por <i>Trypanosoma cruzi</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procedencia del caso: Autóctono <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/>				
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