



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención
y Control de Enfermedades

FICHA DE AUTOPSIA VERBAL PARA TOSFERINA

DATOS GENERALES

1. Fecha de entrevista:
2. Dirección de vivienda:
Localidad:
Distrito:
3. Nombre del informante:
4. Parentesco con el fallecido:
5. Número de personas que habitan la vivienda:

DATOS DEL FALLECIDO

6. Apellidos y Nombres:
7. Edad al fallecer: DNI: Sexo: M () F ()
8. Lugar de nacimiento:

Departamento

Provincia

Distrito

9. Lugar de residencia habitual (en el último año):
.....

Departamento

Provincia

Distrito

Localidad

10. Etnia:

INVESTIGACIÓN DE LA CAUSA DE LA MUERTE

11. Fecha de deceso: Semana:
12. Tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y la muerte:
13. Antecedentes patológicos (enfermedades crónicas):
14. Estado vacunal (grupos priorizados: menores de 5 años. Portadores de enfermedades crónicas) verificar cumplimiento de calendario de vacunación:
15. Signos y síntomas presentados poco antes de morir:

Signos y síntomas	Si	No	No sabe	Fecha de Inicio	Días de duración	Observación
Tos paroxística (> de 10 golpes de tos)						
Tos persistente (> de 2 semanas)						
Estridor						
Vómitos después de la tos						
Apnea						
Cianosis						
Otros, detallar:						

16. Causa de muerte compatible con el cuadro clínico identificado por el entrevistador:
.....

NEXO EPIDEMIOLÓGICO

17. El paciente vivió en un lugar donde se han identificado casos de tos ferina positivos con resultado de laboratorio previo al inicio de sus síntomas. (especificar el nombre del centro poblado, localidad, distrito)
.....
18. ¿El paciente, 21 días previos al inicio de síntomas, tuvo contacto con personas con tos u otros síntomas de la lista anterior?
Si, la respuesta es SI Indicar la relación con el caso (familiar, amigo, etc.) y precisar si el contacto vive en el mismo domicilio que el paciente.
.....



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención
y Control de Enfermedades**INVESTIGACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN**

19. Lugar al que acudió en busca de atención:

- Farmacia () • Centro de salud () • Promotor de salud ()
- EsSalud () • Puesto de Salud () • Consultorio Particular ()
- Sanitario () • Hospital () • Ninguno ()
- Otros (especifique):

20. Si no se buscó atención: Marque con una (X) las alternativas propuestas:

- () Falta de recursos económicos
- () Desinformación acerca del servicio en el establecimiento de salud
- () Inaccesibilidad del establecimiento de salud (distancia aproximada:.....)
- () Mala atención en el establecimiento de salud
- () Otros especifique).....

21. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el inicio de la enfermedad y la búsqueda de la atención?

.....

22. Si fue atendido en algún establecimiento de salud; ¿cuántas horas permaneció en dicho establecimiento?

.....

23. Persona que brindo la primera atención:

- Médico () • Profesional de salud no médico ()
- Farmacéutico () • Técnico de enfermería ()
- Sanitario () • Curandero ()
- Familiar () • Otro:.....

24. ¿El paciente fue referido de algún establecimiento de salud?

- a. Si (indicar el nombre del establecimiento).....
- b. No

25. ¿El paciente recibió algún tratamiento previo a la atención actual? Indicar el tipo de tratamiento y cuantos días:

.....

26. Exámenes auxiliares:.....

27. Tiempo transcurrido entre el ingreso del paciente al establecimiento y su atención:

.....

28. Condición de ingreso:.....

29. Tratamiento que recibió el paciente:

En casa:.....

En establecimiento:.....

30. Evolución:.....

31. ¿Se expidió certificado de defunción? Si..... No.....

Si es Sí:

Causa básica:.....

Causa intermedia:.....

Causa final:.....

32. Lugar donde enterró el cadáver.....

33. Nombre y cargo de la persona que investiga el caso:

.....

FIRMA Y SELLO DEL INVESTIGADOR