

FICHA DE INVESTIGACION CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA

1 Fecha de notificación _____ / _____ / _____ 2 Fecha de investigación _____ / _____ / _____
 3 Tipo de vigilancia _____ P = Pasiva, A = Activa Agente Comunitario: Si() No()

I. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DEL CASO

4 Apellidos y nombres _____
 5 DNI / Pasaporte _____ 6 Edad (años) _____ 7 Sexo _____ Masculino= M, Femenino= F
 8 Embarazada _____ Si = 1, No = 0, Ignorado = 3 9 Trimestre _____ 1er = 1, 2do = 2, 3er = 3 10 Edad Gest. _____
 11 Grupo étnico _____ Mestizo = 1, Afro descendiente = 2, Andino = 3, Indígena amazónico = 4, Asiático descendiente = 5, Otros = 6
 12 Etnia (detalle) _____ Ver instructivo 13 Celular _____ 14. Jefe de familia: _____

Domicilio/dirección actual: *Llenar campo de país, solo si no es de Perú.

14 País _____ 15 Departamento _____ 16 Provincia _____
 17 Distrito _____ 18 Localidad / Comunidad _____
 19 Procedencia habitual _____ Urbana= 1, Rural=2, Urbano-marginal=3 20 Dirección _____
 21 Referencia para ubicación _____
 22 Ocupación _____ Maderero= 1, Agricultor= 2, Minero= 3, Pescador/Cazador= 4, Otro= 5 _____ (Especifique)
 23 Latitud Sur _____ 24 Longitud Oeste _____

II ASPECTOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO

25 Sintomático _____ Si= 1, No= 0 26 Fecha de inicio de síntomas **: _____ / _____ / _____ **En asintomáticos es la fecha de diagnóstico

Signos y síntomas: (Solo para los que presentan síntomas y signos)

27 Cefalea (Dolor de cabeza) [] 32 Postración (no puede sentarse, pararse o caminar sin ayuda) []
 28 Fiebre (actual/reciente) [] 33 Convulsiones []
 29 Escalofríos [] 34 Orina de color pardo oscura o rojiza []
 30 Sudoración [] 35 Parasitemia elevada []
 31 Ictericia (Amarillento) [] 36 Anemia severa []
 37 Hospitalizado _____ Si= 1, No= 0 Si es **NO**, pasar a la 40 38 Fecha de hospitalización _____ / _____ / _____ 39 Nº HC _____
 40 Falleció _____ Si= 1, No= 0 Si es **NO**, pasar a la 42 41 Fecha de defunción _____ / _____ / _____

Diagnóstico de laboratorio

42 Fecha de toma de muestra _____ / _____ / _____ 43 Muestra tomada en _____ Establecimiento de salud = 1
 Búsqueda de febriles = 2, Barrido hemático = 3, Promotores (ACS) = 4, Investigación = 5, Otro = 6: _____ (Especifique)

44. Prueba	45. Resultado		46. Especie			47. Densidad de formas	
	Negativo	Positivo	P. falciparum	P. vivax	Otro: _____	Asexuadas ¹	Gametocitos ²
PDR (Prueba o tira rápida) []	[]	[]	[]	[]	[]		
Gota gruesa y frotis []	[]	[]	[]	[]	[]		

48 Fecha de resultado _____ / _____ / _____ 49 Posible origen geográfico parásito (PCR): _____
 1= Trofozoitos y/o gametocitos.

III ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

50 ¿Tuvo malaria o paludismo anteriormente? _____ Si=1, No=0 51 ¿Cuándo? (mm/aa) _____ / _____ 52 Especie _____
 53 ¿Qué IPRESS le administró el tratamiento? _____ 54 ¿Tomo tratamiento completo? ☐ Si ☐ No 55 ¿Cuántos días? _____
 56 ¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos 6 meses?: _____ Si=1, No=0 57. ¿Dónde? _____

Historia de viaje

58 ¿Ha viajado fuera de la localidad donde vive este último mes?: _____ Si=1, No=0 Si es **SI**, preguntar viajes.

Lugar (Localidad / Distrito / Provincia / Departamento / País) ²	Fechas de viaje	Número de días de duración del viaje
	Entrada _____ / _____ / _____	
	Salida _____ / _____ / _____	
	Entrada _____ / _____ / _____	
	Salida _____ / _____ / _____	
	Entrada _____ / _____ / _____	
	Salida _____ / _____ / _____	
	Entrada _____ / _____ / _____	
	Salida _____ / _____ / _____	

²=Poner departamento o país, solo si corresponde. Usar los equivalentes a distrito, provincia o departamento en el caso importado.

59 ¿Durmió bajo mosquitero anoche? _____ Si=1, No=0 60 ¿Cuántas personas duermen en casa incluyendo a los niños? _____
 61 ¿Cuántos mosquiteros son útiles? _____ 62 ¿Su casa fue fumigada? _____ Si=1, No=0 63 ¿Cuándo? (mm/aa) _____ / _____
 64 ¿Examinaron a todos los miembros de su casa para el paludismo o malaria? _____ Si=1, No=0 65 ¿A cuántos miembros? _____
 66 ¿Examinaron a todos sus compañeros de trabajo para el paludismo o malaria? _____ Si=1, No=0 67 ¿A cuántos miembros? _____
 68 ¿Hicieron búsqueda activa? _____ Si=1, No=0 69 Número de casas investigadas: _____ 70 Número de positivos: _____

Búsqueda activa

71 ¿Existe (n) otra (s) persona (s) con síntomas similares al paludismo en su casa donde vive o en su trabajo?: _____ Si=1, No=0

72 ¿Cuántos son tus colaterales en total? (incluye familiares y compañeros de trabajo) _____

73. Apellidos y nombres	74. Sexo M / F	75. Edad	76. Parentesco con el caso confirmado	77. Gota gruesa/frotis/PDR		78. Fecha toma de muestra	79. Resultado	
				Febril	Sin fiebre		Positivo	Negativo
						___/___/___		
						___/___/___		
						___/___/___		
						___/___/___		
						___/___/___		
						___/___/___		
						___/___/___		
						___/___/___		

Si uno o más colaterales se confirma por laboratorio debe notificarse y debe registrarse en otra ficha.

IV CLASIFICACIÓN

80 Caso clasificado según el origen del caso:

Autóctono [] Inducido [] Recaída [] Introducido []
Importado [] Importado de otro departamento [] Importado internacional (país) _____

81 Forma clínica

Malaria [] Malaria grave [] Malaria mixta []

V DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

82 Diresa / Geresa / Diris _____ 83 Red _____

84 Establecimiento de salud: _____

85 Institución de procedencia Minsa [] Essalud [] FFAA [] PNP []
Privado [] Otro _____

VI TRATAMIENTO

Fecha de inicio: ___/___/___ Medicamento: _____ Dias de tratamiento: _____

Fecha de termino: ___/___/___ Resultado G.G. de control: _____

Peso (kg.): _____ Dosis: Cloroquina: _____ Primaquina: _____ Artesunato: _____ Mefloquina: _____
Otros: _____

86 Observaciones:

87 Nombre del profesional o técnico que realizó la investigación: _____

88 Correo electrónico: _____ 89 Celular: _____

.....
Firma y sello