

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 etnias ____ 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 oscuro 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: (Especifíquese)

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 ¿Cuantos 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: _____ Días 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