

	PERÚ Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	Ficha de investigación clínico-epidemiológica para la vigilancia de dengue, chikungunya, zika, fiebre amarilla y otras arbovirosis						
CIE 10: dengue sin signos (A97.0) dengue con signos de alarma(A97.1) dengue grave(A97.2) Chikungunya(A92.0) Chikungunya Grave(A92.5) Zika (U06.9), ver otras especificaciones de Zika en Directiva									
I. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA (elegir la vigilancia que corresponde)									
a. Definición de casos * (casos que cumplen criterio clínico y epidemiológico)		<input type="checkbox"/>							
b. Vigilancia centinela** (Solo para EESS centinela)		<input type="checkbox"/>							
c. Vigilancia de febriles*** (Toma de muestras frente al incremento de febriles en EESS)		<input type="checkbox"/>							
II. DATOS GENERALES:									
1. Fecha de investigación:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">Día</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Mes</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año							
2. GERESA/DIRESA/DISA:		3. Red:							
5. Institución de salud:		4.EESS notificante:							
MINSa <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Sanidad PNP <input type="checkbox"/> Sanidad FA <input type="checkbox"/> Privados <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		_____							
III. DATOS DEL PACIENTE									
6. H.Clinica N°:		7. Telefono/Celular del paciente:							
8. Fecha de Nacimiento:		_____							
9. Apellido Paterno:		Apellido Materno:							
_____		Nombres:							
10. DNI/Pasaporte:		11. Edad (años):							
_____		12. Género:							
_____		13. Ocupación:							
14. Departamento:		15. Provincia:							
16. Distrito:		17. Localidad (AH, Urb, Resid, etc):							
18 Dirección:		19. Gestante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
20. Edad gestacional:		_____ Semanas							
IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS (DATO DE IMPORTANCIA PARA ESTABLECER LUGAR DE INFECCIÓN)									
21. ¿Dónde estuvo en las últimas dos semanas (14 días) antes de enfermarse?									
desde..... hasta		desde..... hasta							
22. País:		23. Departamento:							
24. Provincia:		25. Distrito:							
26. Localidad:		27. Dirección:							
27. 1 Feha de permanencia:		_____							
28. Caso autóctono Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		29. Caso importado Nacional <input type="checkbox"/>							
30. Caso importado Internacional <input type="checkbox"/>		31. Tuvo dengue anteriormente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
32. Año:		33. Recibió vacuna antiamarilla Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
34. Año de vacunación:		35. Tiene comorbilidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
36. Cual:		_____							
V. DATOS CLINICOS									
37. Fecha de inicio de síntomas:		38. Fecha de toma primera muestra:							
39. Fecha de toma segunda muestra:		_____							
40. Signos y síntomas frecuentes									
Fiebre T ° C _____		Signos de alarma							
Artralgias _____		Dolor abdominal intenso y continuo _____							
a. Manos _____		Dolor torácico o disnea _____							
b. Pies _____		Derrame seroso al examen clínico y/o por estudio de imágenes (ascitis o derrame pleural o pericárdico) _____							
Mialgias _____		Vómitos persistentes _____							
Cefalea _____		Disminución brusca de la T° o hipotermia _____							
Dolor ocular o retroocular _____		Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario) _____							
Dolor lumbar _____		Hepatomegalia _____							
Rash Escarlatina _____		Ictericia _____							
Conjuntivitis no purulenta (ojos rojos) _____		Estado mental alterado (sometencia, inquietud, irritabilidad o convulsión) _____							
Náuseas/Vómitos _____		Incremento del hematocrito _____							
Otros..... _____		Signos de gravedad							
_____		Pulso débil e indetectable _____							
_____		Extremidades frías o cianóticas _____							
_____		Diferencial de Presion Arterial ≤ 20 mmHg. _____							
_____		Compromiso grave de órganos _____							
_____		Especifique : _____							
_____		Sangrado grave _____							
_____		Especifique : _____							
_____		Escala de Glasgow _____							
_____		Apertura ocular (1-4) _____							
_____		Respuesta motora (1-6) _____							
_____		Respuesta verbal (1-5) _____							
VI. EXAMENES DE LABORATORIO (LLENADO POR EL LABORATORIO REFERENCIAL)									
a. ELISA NS1-Dengue _____		Resultado							
c. Aislamiento viral _____		41. Prueba solicitada							
b. qRT-PCR Suero _____		42. Positivo							
f. qRT-PCR Orina _____		43. Negativo							
d. ELISA IgM (1era muestra) _____		44. Fecha de resultado							
e. ELISA IgM (2da muestra) _____		_____							
g. Otros..... _____		_____							
h. Muestra de tejido para inmunohistoquímica _____		_____							
VII. EVOLUCIÓN DE CASOS GRAVES Y EGRESO (SOLO PARA CASOS HOSPITALIZADOS)									
45 Hospitalizado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		46 Fecha hospitalización:							
47 Falleció Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		48 Fecha defunción:							
49 Fue referido Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		50 Fecha referencia:							
_____		51. Hospital/ CS:							
_____		_____							
VII. CLASIFICACIÓN FINAL (LLENADO POR EPIDEMIOLOGO)									
52. Dengue sin signos de alarma Probable _____		53. Dengue con signos de alarma Confirmado _____							
54. Dengue grave Descartado _____		57. Zika Sospecho _____							
55. Chikungunya Confirmado _____		58. Fiebre amarilla Síndrome febril Probable _____							
56. Chikungunya grave Confirmado _____		Descartado _____							
58. Otras arbovirosis Descartado _____		_____							
IX. OBSERVACIONES									

X. INVESTIGADOR									
Nombre de la persona responsable:		_____							
Cargo:		_____							
Celular:		Firma y Sello							