



FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR METANOL

Fecha de conocimiento del evento ____ / ____ / ____	Fecha de notificación a la DIRIS/DIRESA/GERESA ____ / ____ / ____	Fecha de investigación ____ / ____ / ____	Fecha de notificación al SI Epi-Brotos ____ / ____ / ____
--	--	--	--

I. DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del EESS: **HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ**
 DIRIS/DIRESA/GERESA: **DIRIS LIMA NORTE** Red: _____ Microred: _____
 Fecha de ingreso a Emergencia: ____ / ____ / ____ Hora de ingreso a Emergencia: _____ H° C° _____

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F [] M [] DNI/CE: _____ Embarazada: Sí [] No [] Ocupación: _____
 Domicilio actual: Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
 Dirección: _____ Celular: _____
 Acompañante: Sí [] No [] Parentesco: _____ Celular: _____

III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Lugar de ocurrencia de la intoxicación: casa [] bar [] reunión familiar [] discoteca [] trabajo [] calle [] otros: _____
 Especificar dirección: _____
 Tipo y nombre del producto consumido: _____ Fecha de consumo: ____ / ____ / ____ Hora: _____
 Local de adquisición del producto consumido (especificar nombre y dirección): _____

IV. FACTORES DE RIESGO

Enfermedades crónicas: No [] Sí [] especificar: _____
 Alcohólico crónico [] Adicto a las drogas [] Indigente []

V. CUADRO CLÍNICO

Fecha de inicio de síntomas: ____ / ____ / ____ Hora: _____
 Sistema nervioso central: intoxicación leve a moderada: midriasis [] cefalea [] mareos [] letargia [] confusión []
 intoxicación severa: coma [] convulsiones []
 Visión: ojos rojos [] pupilas poco reactivas a la luz [] visión borrosa [] alteración del campo visual [] ceguera []
 Sistema respiratorio: polipnea [] disnea [] insuficiencia respiratoria []
 Tracto gastrointestinal: náuseas [] vómitos [] dolor abdominal []
 Otros: _____

VI. EXÁMENES TOXICOLÓGICOS Y AUXILIARES

Fecha de toma de muestra: ____ / ____ / ____ Tipo de muestra: sangre [] otros: _____
 Resultado: _____ mg/dl Fecha de resultado: ____ / ____ / ____
 Otros exámenes: _____ Resultados: _____
 Fecha de primer examen de AGA: ____ / ____ / ____ Hora: _____
 PH: ____ PO₂: ____ PCO₂: ____ HCO₃: ____ Cl: ____ Na: ____ K: ____ Anión Gap: ____ Acidosis metabólica: Sí [] No []

VII. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Hospitalizado [] Servicio: _____ Alta voluntaria [] Alta [] Fecha: ____ / ____ / ____
 Fallecido [] Fecha de defunción: ____ / ____ / ____ Hora: _____
 Causa básica de la muerte (CIE-10): _____ Necropsia: Sí [] No []

VIII. CLASIFICACIÓN

Sospechoso [] Confirmado por criterio clínico [] Confirmado por criterio laboratorial [] Descartado []

IX. DATOS DEL INVESTIGADOR

Nombre del investigador: _____ Celular: _____
 Firma y sello: _____