

PERTUSIS, TOS FERINA , CONVULSIVA O
COQUELUCHE

FICHA DE INVESTIGACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA

Caso probable:

- En mayores de 3 meses: niño con cuadro de tos por más de 2 semanas y con uno o más de los siguientes signos: tos paroxística o "estridor" respiratorio o vómitos después de la tos.
- En menores de 3 meses: niño con cuadro clínico inespecífico de infección de vía respiratoria alta, que llega hasta el apnea y cianosis, desencadenados por estímulos (lactancia o alimentación por ejemplo).

| COGIGO | Fecha conocimiento local | Fecha investigación | Fecha conocimiento DISA | Fecha conocimiento nacional |
|--------|--------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------------|
| | | | | |

I. DATOS GENERALES

DISA _____

Fecha de notificación: ____ / ____ / ____

Nombre del establecimiento _____

Tipo: Hosp. [] C.S. [] P.S. []

UTES/UBAS/ZONADIS/RED _____

Inst. Administrativa: MINSA [] EsSalud []

Notificación Regular

PNP [] FAA [] Priv. [] OTRO []

Búsqueda Activa

Otro _____

II. DATOS DEL PACIENTE

Nombres : _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: M [] F[] DNI : _____

Estado civil: Soltero(a) [] Casado(a) [] Conviviente [] Separado(a) [] Viudo(a) []

Ocupación: _____ Tiempo: _____ Teléfono _____

DATOS DEL DOMICILIO

DEPARTAMENTO _____

NOMBRE DE ZONA _____

PROVINCIA _____

TIPO DE VIA _____

DISTRITO _____

NOMBRE DE VIA _____

TIPO DE ZONA _____

INT/DEP/LOTE _____

Número /Km./Mz. _____

Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, contratante, etc)

III. CUADRO CLINICO

Fecha de inicio de síntomas: ____ / ____ / ____

SEMANA EPIDEMIOLOGICA

| Síntomas y signos | SI | NO | IGN | FECHA | Complicaciones | SI | NO | IGN | FECHA |
|--|-----|-----|-----|--------------------|----------------|-----|-----|-----|--------------------|
| Tos paroxística ruidosa | [] | [] | [] | ____ / ____ / ____ | Neumonía | [] | [] | [] | ____ / ____ / ____ |
| Inspiración ruidosa al Final de acceso | [] | [] | [] | ____ / ____ / ____ | Deshidratación | [] | [] | [] | ____ / ____ / ____ |
| Vómitos después de la tos | [] | [] | [] | ____ / ____ / ____ | Desnutrición | [] | [] | [] | ____ / ____ / ____ |
| | | | | | Otra | | | | |

Atención:

Paciente atendido por:

Médico [] Enfermera [] Técnico Sanitario [] Otro _____

Hospitalizado SI [] NO [] IGN [] Fecha de Hospitalización ____ / ____ / ____

Tx.Antibiotico SI [] NO [] IGN [] Antibiótico recibido _____ Dias de tx ATB _____

Hisopo utilizado alginato de calcio () dacron () algodón () otro hisopo ()

HOSPITALIZACIONSI NO FECHA ____ / ____ / ____ Hospital _____ H.C. _____

Tiempo de Enfermedad al momento de hospitalización _____ (en días)

Tiempo en ser transladado al hospital desde su domicilio _____ Horas _____

Minutos _____

Diagnóstico de Ingreso: 1 _____ 2 _____

EVOLUCIÓN:**Condición de Egreso**Alta / Recuperado

Dx _____

Fecha ____ / ____ / ____

Fallecido Necropsia SI NO

Dx macróscopico _____

Dx micróscopico _____

Fecha ____ / ____ / ____

IV. ANTECEDENTE DE VACUNA

¿En qué establecimientos de salud fue vacunado _____

| | | |
|---------------------|---------------------|--|
| Carné de vacunación | Tiene [] | No Tiene [] |
| BCG | RN [] | 6 Años [] |
| ANTIPOLIO | RN [] | 1 ^{ra} [] 2 ^{da} [] 3 ^{ra} [] D.A.N. [] |
| ANTISARAMPIÓN | 1 ^{ra} [] | D.A. [] |
| DPT | 1 ^{ra} [] | 2 ^{da} [] 3 ^{ra} [] Refuerzo. [] |

Fecha de ultima dosis: _____ / _____ / _____

V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS**• POSIBLES FUENTES DE CONTAGIO**

| | SI | NO | IGN | NOMBRE | LUGAR |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------|
| Viaje en los 12 días antes de enfermar | [] | [] | [] | | |
| Visita recibida 12 días antes de inicio de enfermedad | [] | [] | [] | | |
| Hay otro caso de tos convulsiva en la zona | [] | [] | [] | | |
| Estuvo hospitalizado 12 días antes | [] | [] | [] | | |
| Hemograma: | Linfocitos _____ | Neutrofílos _____ | Abastonados _____ | Segmentados _____ | |
| | Eosinófilos _____ | Basófilos _____ | Monocitos _____ | | |

Reacción Leucemoide Si () No ()

Observaciones

| Contactos en domicilio (menores de 15 años) | EDAD | SEXO | VACUNADO | CON TOS | HOY |
|--|-------|-------|---------------|---------------|-----|
| | M [] | F [] | SI [] NO [] | SI [] NO [] | [] |
| | M [] | F [] | SI [] NO [] | SI [] NO [] | [] |
| | M [] | F [] | SI [] NO [] | SI [] NO [] | [] |

• OTROS CONTACTOS

| CONTACTO EN EL ESTABLECIMIENTO NOMBRES | VACUNADO | LUGAR |
|---|----------|-------|
| | SI | NO |
| | [] | [] |
| | [] | [] |
| | [] | [] |

VI. MEDIDAS DE CONTROL

SI NO FECHA DE VACUNACIÓN

VACUNACIÓN A CONTACTOS DOMICILIARIOS [] [] _____ / _____ / _____

VACUNACIÓN EN CENTRO EDUCATIVO [] [] _____ / _____ / _____

VACUNACIÓN CERCANA LA CASO [] [] _____ / _____ / _____

OTRAS: _____

VII. LABORATORIO [Para ser llenado por el laboratorio]

Laboratorio que recepciona _____ Fecha _____ / _____ / _____

Tipo de muestra Adecuada Inadecuada

Si no es adecuada, especificar: _____

Otras: _____ Fecha _____ / _____ / _____

VIII. CLASIFICACION FINAL

Fecha _____ / _____ / _____

| | | | | |
|--------------------------------------|----------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Tos Ferina o : CONFIRMADO Petusis | POR: | A LABORATORIO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| | | B ANATOMÍA PATOLÓGICA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| | | C CLÍNICA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| | Dx de Descarte | _____ | | |

IX. INVESTIGADOR DE CAMPO

Nombre _____

Cargo _____ Establecimiento _____

Fecha de notificación: _____ / _____ / _____ Firma _____