



Ministerio
de Salud

Dirección de Redes
Integradas Lima Norte

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 _____

Nombre del establecimiento _____

UTES/UBAS/ZONADIS/RED _____

Notificación Regular ☐

Búsqueda Activa ☐

Fecha de notificación: ____/____/____

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

Inst. Administrativa: MINSA [] EsSalud []

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

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 _____

PROVINCIA _____

DISTRITO _____

TIPO DE ZONA _____

NOMBRE DE ZONA _____

TIPO DE VIA _____

NOMBRE DE VIA _____

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

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

HOSPITALIZACION

SI ☐ NO ☐ FECHA ____/____/____ Hospital _____ H.C. _____

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

Tiempo en ser trasladado 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 macroscópico _____

Dx microscópico _____

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. []					
ANTISARAMPION		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 _____	Neutrofilos _____	Abastionados _____		Segmentados _____				
		Eosinòfilos _____	Basofilos _____	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			VACUNADO		LUGAR					
NOMBRES			SI	NO						
_____			[]	[]	_____					
_____			[]	[]	_____					
_____			[]	[]	_____					
VI. MEDIDAS DE CONTROL										
VACUNACIÓN A ACONTACTOS DOMICILIARIOS						SI []	NO []	FECHA DE VACUNACIÓN ____/____/____		
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 <input type="checkbox"/>		Inadecuada <input type="checkbox"/>						
Si no es adecuada, especificar: _____										
Otras: _____						Fecha ____/____/____				
VIII. CLASIFICACION FINAL			Fecha ____/____/____							
Tos Ferina o : CONFIRMADO <input type="checkbox"/> Petusis DESCARTADO <input type="checkbox"/>			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 _____										