



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 28 de diciembre de 2023.

VISTOS: El Informe N° 938-2023-DIRESA-HRM-05 emitido el 20 de diciembre de 2023 por la Unidad de Gestión de la Calidad, el Informe N° 016-2023-DIRESA/HRM/05-JEQC-MC emitido el 15 de diciembre de 2023 por el Médico Prestacional – UGC, el Informe N° 1576-2023-DIRESA-HRM-03 emitido el 12 de diciembre de 2023 por la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Informe N° 260-2023-DIRESA-HRM/03-0/PLAN emitido el 12 de diciembre de 2023 por el Responsable del Área de Planeamiento, el Informe N° 1546-2023-DIRESA-HRM/04 emitido el 24 de noviembre de 2023 por la Jefatura de la Unidad Epidemiología y Salud Ambiental, el Informe N° 172-2023-DIRESA-HRM/04-0/V.EPI emitido el 20 de noviembre de 2023 por el Responsable del Área de Vigilancia Epidemiológica, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

Que, en los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, con Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 026-MINSA/OGE-V.01, "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias", que establece como propósito del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en contribuir en la prevención y control de las Infecciones Intrahospitalarias a través de la generación de información para la toma de decisiones en los niveles locales, regionales y nacionales;

Que, con Resolución Ministerial N° 545-2012/MINSA, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 047-MINSA/DGE-V.01, "Notificación de Brotes, Epidemias, y otros eventos de importancia para la Salud Pública".

Que, mediante Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, que tiene por finalidad contribuir a la prevención, control y eliminación o erradicación de las enfermedades y eventos importantes para la Salud Pública.

Que, mediante Resolución Ejecutiva Directoral N° 174-2016-DRSM-UEHRM/DE, se aprueba el esquema para elaborar planes de las Unidades Orgánicas del Hospital Regional de Moquegua;

Que, mediante Informe N° 1546-2023-DIRESA-HRM/04 de fecha 24 de noviembre de 2023, la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, eleva el **Plan de Trabajo del Área de Vigilancia Epidemiológica 2023**, para su revisión y aprobación con resolución ejecutiva directoral;

Que, a través de Informe N° 260-2023-DIRESA-HRM/03-0/PLAN de fecha 12 de diciembre de 2023, la responsable del Área de Planeamiento, evalúa la propuesta y señala que la misma ha sido subsanada conforme a las observaciones efectuadas por su área; por lo que, emite opinión favorable al "**Plan de Trabajo del Área de Vigilancia Epidemiológica 2023**", indicando que el mismo, una vez aprobado debe ser monitoreado y evaluado por la Unidad Estructural que propone el Plan;

Que, a través de Informe N° 1576-2023-DIRESA-HRM-03 de fecha de recepción 12 de diciembre de 2023, la Oficina de Planeamiento Estratégico, otorga visto bueno al "**Plan de Trabajo del Área de Vigilancia Epidemiológica 2023**", y recomienda remitir el presente a la Unidad de Gestión de la Calidad para su evaluación;

Que, con Informe N° 938-2023-DIRESA-HRM/05 de fecha 20 de diciembre de 2023, la Unidad de Gestión de Calidad, otorga visto bueno al **Plan de Trabajo del Área de Vigilancia Epidemiológica 2023**, e indica que se debe continuar con el procedimiento para su aprobación y lo remite a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua para su aprobación, por lo que recomienda que sea derivado al Área de Asesoría Legal; siendo que, con proveído de fecha





Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 28 de diciembre de 2023.

de recepción 21 de diciembre de 2023, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, requiere al Área de Asesoría Legal, proyecte el acto resolutorio correspondiente;

Contando con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, de la Unidad de Gestión de la Calidad, de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental y con el proveído de Dirección Ejecutiva.

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el “PLAN DE TRABAJO DEL AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA 2023”, el cual consta de cuarenta y un (41) folios y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental / Área de Vigilancia Epidemiológica, la difusión, monitoreo y evaluación del plan aprobado con la presente resolución.

Artículo 3°.- REMÍTASE copia a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional de Moquegua (www.hospitalmoquegua.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



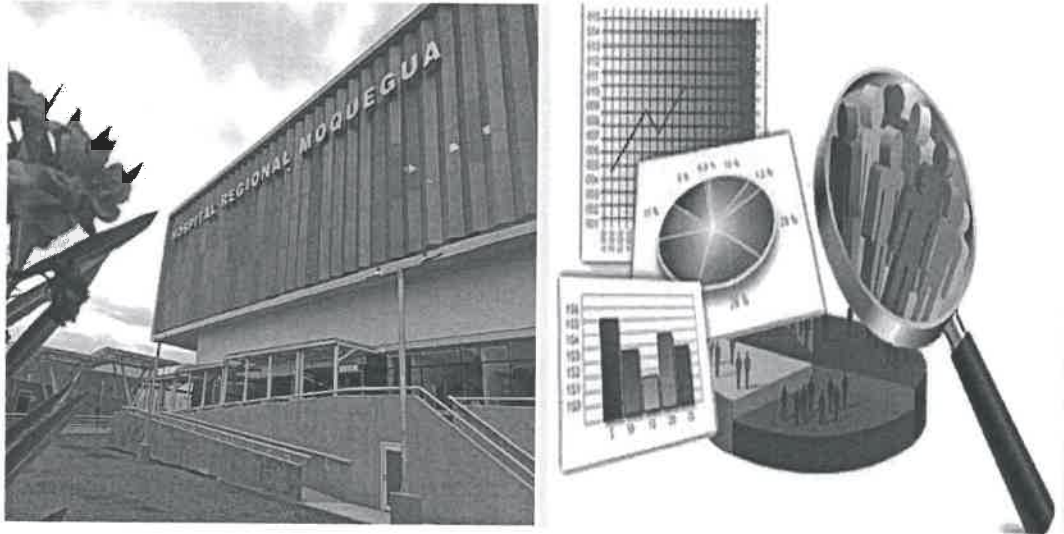
HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA


M.E. DANIA EDITH MAMANI PILCO
C.M.P. 53129 RNE. 042740
DIRECTORA EJECUTIVA

IEMP/DIRECCIÓN
JLR/IAL
(01) O. ADMINISTRACION
(01) O. PLANEAMIENTO
(01) U.G.C.
(01) U.EPI
(01) A. VIGILANCIA EPI.
(01) ESTADÍSTICA
(01) ARCHIVO

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

"PLAN DE TRABAJO DEL AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA"



MOQUEGUA - 2023



M.E. IDANIA EDITH MAMANI PILCO
DIRECTORA EJECUTIVA HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA

LIC. LID MARGEOLET MONJARAS GAONA
JEFE DE LA UNIDAD DE PEIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL.

LIC. MERCEDES YULIANA MENDOZA QUILLI
RESPONSABLE DEL AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

ELABORADO POR:
LIC. JORGE WALTER GALAN ISIQUE
EQUIPO TECNICO DEL AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA



I. INTRODUCCION:

La vigilancia epidemiológica es uno de los instrumentos de la Salud Pública con mayor aplicación en el mundo para registrar sistemáticamente la ocurrencia de enfermedades y sus determinantes en un área geográfica determinada, con la finalidad de conocer su frecuencia y sus tendencias, así como para llevar acciones sanitarias para su control o eliminación.

La vigilancia epidemiológica consiste en la recogida sistemática y continua de datos acerca de un problema específico de salud; su análisis, interpretación y utilización en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud. En el ámbito de la salud laboral, por ejemplo, esta vigilancia se ejerce mediante la observación continuada de la distribución y tendencia de los fenómenos de interés que no son más que las condiciones de trabajo (factores de riesgo) y los efectos de los mismos sobre el trabajador (riesgos). El término vigilancia epidemiológica engloba una serie de técnicas con objetivos y metodologías distintas como las encuestas de salud. Existen dos tipos de objetivos: los individuales y los colectivos. Los primeros están relacionados con la persona vigilada y los segundos con el grupo sociales. Aunque en la práctica se les concede la misma importancia, la repercusión de cada uno de ellos en el terreno de la prevención es bien distinta.

En el Hospital Regional de Moquegua – área de vigilancia epidemiológica cumple estrictamente con realizar el análisis de la situación de la salud Hospitalaria, de factores y daños de notificación obligatoria, haciendo énfasis a las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), desarrollando una investigación clínica epidemiológica para la adecuada toma de decisiones en el ámbito clínico y administrativo.



II. BASE LEGAL

- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N 26842, Ley General de Salud.
- Decreto Supremo N° 011-2017-SA, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución ejecutiva Directoral N° 027-2023-DIRESA-HRM/DE, que aprueba el Plan Operativo Institucional 2023.
- Resolución Ministerial N° 545-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 047-MINSA/DGE-V. 01, Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública.
- Directiva sanitaria N° 046 - MINSADGE-V.01 de notificación de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública.
- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA: “Guía técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias”.
- Norma técnica de Salud N°163-MINSA/2020/CDC: “Norma Técnica de salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la atención en Salud”.

III. FINALIDAD

- Proporcionar información analizada e interpretada, racional y veras en relación a la vigilancia epidemiológica hospitalaria, a los órganos decisores tanto internos como externos, personal asistencial y administrativos de Hospital Regional de Moquegua.

IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer las actividades de vigilancia y análisis de la salud hospitalaria e investigación epidemiológica; mediante la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de manera adecuada y oportuna de las enfermedades/ eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en el Hospital Regional Moquegua.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Detectar, investigar y notificar en forma oportuna los casos de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica.
- Detectar, investigar, informar, notificar y controlar la ocurrencia de brotes epidemiológicos en el nivel Hospitalario.
- Evaluar y sistematizar los datos generados, por los diferentes servicios, departamentos, áreas administrativas y estrategias sanitarias, a fin de elaborar información necesaria para la toma de decisiones para la adecuada gestión del Hospital Regional Moquegua.

V. RESPONSABLES DE LOS QUE FORMULARON EL PLAN.

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO
01	Lic. Mendoza Quilli Mercedes Y.	encargada del Área	Mercedes.ymq@gmail.com	949979404



		Vigilancia Epidemiológica		
02	Lic. Galán Isique Jorge Walter	equipo técnico del Área de Vigilancia Epidemiológica	<u>Jorge 03 90@live.com</u>	995792650

VI. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan es de aplicación Obligatoria en todos los servicios asistenciales, consulta externa y administrativos del Hospital Regional Moquegua.

VII. CARACTERIZACIÓN DEL PLAN

7.1. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD:

7.1.1. DIAGNOSTICO SITUACIONAL:

7.1.1.1. VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO:

7.1.1.1.1. Características del Sistema de Vigilancia Epidemiológica:

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades/eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud Pública es el proceso continuo y sistemático de colección activa, análisis, interpretación y difusión de la información sobre la ocurrencia y distribución de daños y eventos bajo vigilancia en la población usuaria, así como sus factores de riesgo y la ocurrencia de brotes, a fin de permitir en tiempo oportuno la toma de decisiones basada en evidencias.

El sistema de vigilancia epidemiológica, presenta las siguientes características:

- a) **Vigilancia Selectiva y Focalizada.** - se selecciona para la vigilancia a la población de pacientes que acuden a los diversos servicios del Hospital Regional Moquegua de acuerdo al tipo de vigilancia teniendo en cuenta las definiciones operativas.
- b) **Vigilancia activa y permanente.** - la obtención de los datos se basa en la detección de casos en los servicios clínicos a cargo del personal capacitado con disponibilidad de tiempo para la búsqueda de casos e identificación oportuna de brotes, para la intervención inmediata.

7.1.1.1.2. Eventos Objeto de Vigilancia/ Definición de caso:

a) Enfermedades/ eventos transmisibles sujetos a vigilancia epidemiológica.

- **Inmunoprevenibles:**
Poliomielitis, Tos Ferina, Difteria, Tétanos Neonatal, Sarampión, Rubeola, Tétanos, Fiebre Amarilla.
- **Zoonóticas:**
Rabia, Peste, Leptospirosis, Brucelosis



- **Transmitida por Vectores:**
Dengue, Chikungunya, Zika, Malaria, Leishmaniosis, Bartonelosis, Chagas, Tifus.
- **De Transmisión Sexual:**
Sífilis, VIH/SIDA, Hepatitis B
- **Infecciones Congénitas:**
Síndrome de Rubeola Congénita, Sífilis Congénita.
- **Infecciones Asociadas a la Atención de Salud:**
Infección Torrente Sanguíneo, Infección Tracto Urinario, Neumonías asociadas al Ventilador Mecánico, Infección Herida Operatoria, Endometritis.
- **Otros:**
Tuberculosis Pulmonar, Tuberculosis Extra pulmonar, Influenza, Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonías, SOB/ASMA, Enfermedades Diarreicas Agudas, Meningitis Meningocócica, Febriles

b) Enfermedades/ eventos no transmisibles sujetos a vigilancia epidemiológica.

- Mortalidad Materna.
- Mortalidad Perinatal (Fetal y Neonatal).
- Morbilidad Materna Externa.
- Diabetes.
- Cáncer.
- Microcefalia.
- Salud Mental: intento de suicidio, episodio depresivo moderado-grave y primer episodio psicótico.
- lesionados por accidente de tránsito.
- Plaguicidas.
- Violencia Intrafamiliar

7.2. PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES:

a) ANALISIS DE SITUACION DE SALUD.

Según la Organización Panamericana de la Salud:

"Es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de Salud- Enfermedad de una población, incluyendo los daños o Problemas de Salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de impacto

b) BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

Es una publicación periódica elaborada por el equipo técnico de la Unidad de Epidemiología y salud Ambiental, cuyos principales Objetivos son la publicación de información útil a los profesionales de la Salud Publica, y difundir la información consolidada procedente de la Vigilancia Epidemiológica.

c) SALA SITUACIONAL



La sala situacional es un espacio dinámico para conocer la situación de salud de las enfermedades o daños, analizar los factores determinantes, conocer las intervenciones que se realiza y los resultados obtenidos después de la aplicación de las medidas de prevención o control que se apliquen

Esta información es de suma utilidad e importancia para los gestores, lo que permitirá priorizar las inversiones en el Hospital Regional Moquegua.

7.3. DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES:

Las estrategias de Vigilancia Epidemiológica de enfermedades/eventos sujetos a vigilancia se implementan siguiendo los siguientes procedimientos.

a) RECOLECCION DE INFORMACION

- Recojo periódico y sistemático de información de las atenciones hospitalarias (emergencia, consulta externa y hospitalización), de acuerdo a la Directiva Sanitaria.
- Se realizará la detección y notificación de las enfermedades/eventos bajo vigilancia en Salud Publica.
- Las fuentes de datos son los libros de registro, historias clínicas, base de datos, registros de laboratorio, entre otros.
- El llenado de la ficha de notificación de enfermedades/eventos bajo vigilancia es responsabilidad del personal de epidemiología y/o personal capacitado.
- La notificación es de carácter OBLIGATORIO de manera inmediata/ semanal/mensual de acuerdo al caso.

b) INVESTIGACION CLINICO – EPIDEMIOLOGICO DE CASOS

- La investigación epidemiológica incluye entrevista a pacientes, familiares a personal de salud que brinda la atención clínica, se coordina con los diversos servicios involucrados en la atención, se revisa historias clínicas, y se completa la ficha epidemiológica correspondiente.
- Se realiza el reporte (informe) de los casos analizados, los hallazgos, conclusiones y recomendaciones para los niveles de decisión correspondiente.

c) PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

- Previo control de calidad de las fichas, los datos serán ingresados y procesados en los módulos informáticos del CDC en los aplicativos del Sistema de Notificación Vía Online.
- El análisis de la información se realizará contando con las bases de datos que se genere a través de los sistemas de notificación Epidemiológica (plataforma WEB).
- Los reportes de Vigilancia serán emitidos con periodicidad mensual/ trimestral de acuerdo al tipo de vigilancia.
- Las modalidades de difusión de los reportes son boletines, informes técnicos epidemiológicos, salas de situación, alertas epidemiológicas entre otros.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



COMPONENTE	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA AÑO 2023															
			E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C				
GESTION	Elaboración del Plan de Trabajo del Área de Vigilancia Epidemiológica	Resolucion /plan		x														
	Participación en el comité de IAAS	Acta de Reunión	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
ASESORIA	Participación en el comité de Bioseguridad	Acta de Reunión					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Participación en el comité de Cáncer.	Acta de Reunión	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Participación en el comité de Prevención de Mortalidad Materna, fetal y Neonatal.	Acta de Reunión						x									x	
	Participación en comando COVID	Acta de Reunión							x								x	
	Comité de higiene de manos	Informe			x			x				x					x	
	Elaboración de reporte diario de camas ocupadas	Reporte diario	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Vigilancia de enfermedades transmisibles y de notificación obligatoria	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO	vigilancia de enfermedades no transmisibles	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vigilancia y control de IAAS	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vigilancia y control de accidentes punzocortantes y agentes patógenos de la sangre en el personal de salud.	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	vigilancia de febriles	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	vigilancia de accidentes de tránsito	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vigilancia centinela de IRAG, Influenza y SG	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vigilancia activa de sarampión/Rubeola	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vigilancia de Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vigilancia y notificación de ESAVI	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vigilancia y notificación de Violencia Familiar	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vigilancia de Morbilidad Neonatal	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vigilancia y notificación COVID 19	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vigilancia de rabia humana Urbana y Silvestre	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vigilancia de tuberculosis	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	



	Elaboración de sala situacional	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Reporte NOTIWEB	Caso notificado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
INVESTIGACION Y CAPACITACION	Estudios de prevalencia de IAAS	Informe														

IX. COSTO DEL PLAN

El presente plan no demandara costo alguno al presupuesto institucional.

9.1. RECURSOS DISPONIBLES

9.1.1. RECURSOS HUMANOS.

PROFESIONAL	TOTAL
Enfermeras	06
Obstetra	01
Técnico Administrativo	01
Auxiliar Administrativo	01
Auxiliar Asistencial	02
TOTAL	11

9.1.2. RECURSOS TECNOLOGICOS Y EQUIPAMIENTO:

DESCRIPCION	TOTAL
Equipos de cómputo completo: CPU, monitor, teclado y mouse	11
Fotocopiadoras	02
Impresora HP Laser Jet	01
Escritorios de melamine	11
Sillas giratorias	11
Armario de gavetas de metal	03
Armario de metal	02
Teléfono -anexo	01
Proyector multimedia	01

Se cuenta con las siguientes herramientas técnico - Administrativas:

- Documentos técnicos emanados por las diferentes instancias del MINSA (Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades y Dirección General de la Salud Ambiental).
- Lineamientos para el control de brotes.
- Modulo para la vigilancia epidemiológica (NOTI SP)

X. ANEXOS.

Se aplicarán todos los formatos según la necesidad.





PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Epidemiología

DIABETES

FICHA EPIDEMIOLOGICA

Establecimiento	N° H.C.	N° de Ficha

Datos del paciente

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres

Sexo 1. Masculino 2. Femenino

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

Edad

N° DNI

Grado de instrucción

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta | <input type="radio"/> 4 Secundaria completa | <input type="radio"/> 7 Superior univ. Incomp. |
| <input checked="" type="radio"/> 2 Primaria completa | <input type="radio"/> 5 Superior no univ. Incompl. | <input type="radio"/> 8 Superior univ. Compl. |
| <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta | <input type="radio"/> 6 Superior no univ. Compl. | <input type="radio"/> 9 Ninguno |

Lugar de nacimiento

Departamento	Provincia	Distrito

Lugar de residencia

Departamento	Provincia	Distrito

Dirección

	Teléfono
	Celular

Seguro de salud

1. Si 2. No

Tipo de seguro de salud

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> 1 SIS | <input type="radio"/> 4 EsSalud (facultativo) | <input type="radio"/> 7 Privado (prepago) |
| <input checked="" type="radio"/> 2 EsSalud (titular) | <input type="radio"/> 5 EsSalud (régimen especial) | <input type="radio"/> 8 Privado (autoseguro) |
| <input type="radio"/> 3 EsSalud (familiar) | <input type="radio"/> 6 FF.AA. / PNP | <input type="radio"/> 9 Privado (seguro de asistencia médica) |
| <input type="radio"/> 10 Otro | Cual: _____ | |

Fecha de captación

Tipo de caso:

1. Caso nuevo (incidente)
2. Caso prevalente

Tiempo de enfermedad

 años meses

Tipo de diabetes:

1. Tipo 1 2. Tipo 2 3. Gestacional 4. Secundaria
5. Pre-diabetes 6. No Clasificada 7. Otro

Peso corporal

Kg.

Talla

m.

Perímetro de cintura

cm.

Glicemia al momento de la consulta

- | | | | |
|---------------------------|----------------------|----------|----------------|
| En ayunas | <input type="text"/> | mg/dL | no menor de 3! |
| Post Prandial | <input type="text"/> | mg/dL | no menor de 3! |
| Test tolerancia a glucosa | <input type="text"/> | mg/dL | |
| Hemoglobina Glicosilada | <input type="text"/> | % | no mayor de 2! |
| Microalbuminuria | <input type="text"/> | mg/24 h. | |
| Colesterol LDL | <input type="text"/> | mg/dL | |

Estado del caso al momento de la consulta:

- 1 Controlado / Estable
2 Complicado
3 Muerto
4 Descompensado

<p>Comorbilidad al momento de la captación del caso <i>(marque una o mas)</i></p> <table border="0"> <tr> <td>Hipertensión arterial</td> <td>Enf. Tiroidea</td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td>Tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>Dislipidemia</td> <td>Tabaquismo</td> </tr> <tr> <td>Anemia</td> <td>Cáncer</td> </tr> <tr> <td>Hígado graso</td> <td>Tipo de cáncer</td> </tr> <tr> <td>Otra</td> <td></td> </tr> </table>	Hipertensión arterial	Enf. Tiroidea	Obesidad	Tuberculosis	Dislipidemia	Tabaquismo	Anemia	Cáncer	Hígado graso	Tipo de cáncer	Otra		<p>Complicaciones al momento de la captación del caso:</p> <table border="0"> <tr> <td>Neuropatía</td> <td>Microalbuminuria</td> </tr> <tr> <td>Retinopatía no proliferativa</td> <td>Macroalbuminuria</td> </tr> <tr> <td>Retinopatía proliferativa</td> <td>Insuficiencia renal</td> </tr> <tr> <td>Pie diabético (s/amputación)</td> <td>Enf. Isquémica del corazón</td> </tr> <tr> <td>Pie diabético (c/amputación)</td> <td>Enf. Cerebrovascular</td> </tr> <tr> <td>Episodios de hipoglicemia (últimos 12 meses)</td> <td>Enf. Arterial periférica</td> </tr> </table>	Neuropatía	Microalbuminuria	Retinopatía no proliferativa	Macroalbuminuria	Retinopatía proliferativa	Insuficiencia renal	Pie diabético (s/amputación)	Enf. Isquémica del corazón	Pie diabético (c/amputación)	Enf. Cerebrovascular	Episodios de hipoglicemia (últimos 12 meses)	Enf. Arterial periférica
Hipertensión arterial	Enf. Tiroidea																								
Obesidad	Tuberculosis																								
Dislipidemia	Tabaquismo																								
Anemia	Cáncer																								
Hígado graso	Tipo de cáncer																								
Otra																									
Neuropatía	Microalbuminuria																								
Retinopatía no proliferativa	Macroalbuminuria																								
Retinopatía proliferativa	Insuficiencia renal																								
Pie diabético (s/amputación)	Enf. Isquémica del corazón																								
Pie diabético (c/amputación)	Enf. Cerebrovascular																								
Episodios de hipoglicemia (últimos 12 meses)	Enf. Arterial periférica																								
<p>Tratamiento</p> <p>Tiempo que esta en tratamiento</p> <p><input type="text"/> años <input type="text"/> meses</p> <p>Tipo de tratamiento (seleccione una o mas)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Metformina 2 Sulfonilurea 3 Inhibidores DPP-4 4 Insulina (NPH) 5 Insulina (análoga) 6 Glitazonas <p>Cumplimiento del tratamiento <input type="text"/></p> <p>1 Cumple 2 No cumple</p> <p>Recibió educación en diabetes <input type="text"/></p> <p>1 Si 2 No</p>	<p>Médico tratante _____</p> <p>_____</p> <p>CMP: _____</p> <p><u>OBSERVACIONES</u></p>																								

Dirección General de Epidemiología - MINSA

web: www.dge.gob.pe ; correo: notificación@dge.gob.pe

Calle Daniel Olaechea N° 199- Jesús María - Lima 11; Central 631-4500

ANEXO N° 02: ESQUEMA DE LOS INFORMES DE BROTE DE IAAS

Informe inicial (Dentro de las 48 horas de notificado el brote)	Informe(s) de seguimiento (Según corresponda dependiendo de la duración)	Informe final (Al término del brote)
Fecha del informe: / / (SE:)	Fecha del informe: / / (SE:)	Fecha del informe: / / (SE:)
Fecha de notificación: / / (SE:)	Fecha de notificación: / / (SE:)	Fecha de notificación: / / (SE:)
Fecha de inicio del brote: / / (SE:)	Fecha de inicio del brote: / / (SE:)	Fecha de inicio del brote: / / (SE:)
I. Antecedentes e información general.	No aplica	I. Antecedentes (Incluir reporte de brotes anteriores, situación de las IAAS en el servicio afectado).
II. Situación actual	II. Situación actual:	II. Situación Actual (que finaliza el brote)
2.1. Describir las características de casos (variables epidemiológicas, tiempo, espacio y persona).	1.1. Describir las características de casos (incluir nuevos casos según las variables epidemiológicas, tiempo espacio y persona).	2.1. Describir las características de casos (variables epidemiológicas, tiempo, espacio y persona de los casos presentados durante el brote y su condición al cierre)
2.2. Definición de caso (con el que se inicia la investigación).	1.2. Definición de caso.	2.2. Definición de caso (con el que se concluye la investigación).
2.3. Agente causal.	1.3. Agente causal.	2.3. Agente causal (comentar si hubieron casos previos al brote).
2.4. Tasas de incidencia de IAAS (históricas, sobre el tipo de evento)	No incluye.	2.4. Tasas de incidencia de IAAS (tipo de evento).
III. Actividades realizadas:	III. Actividades realizadas:	III. Actividades realizadas (resumen de las actividades durante la investigación)
3.1. A nivel del hospital.	2.1. A nivel del hospital.	3.1. A nivel del hospital.
3.2. A nivel de la DIRIS/DIRESA/GERESA.	2.2. A nivel de la DIRIS/DIRESA/GERESA.	3.2. A nivel de la DIRIS/DIRESA/GERESA.
3.3. A nivel nacional.	2.3. A nivel nacional.	3.3. A nivel nacional.
IV. Análisis de la situación (Comparar el comportamiento del evento con la referencia bibliográfica, aspectos de desarrollo de la investigación)	III. Análisis de la situación	IV. Análisis de la situación (Aspectos del desarrollo de la investigación y el control del brote).
V. Plan de trabajo	IV. Plan de trabajo	No aplica

ANEXO Nº 5

FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD (IAAS)

I.- DATOS DEL PACIENTE

- 1.1 Historia Clínica/DNI/Autogenerado: _____
- 1.2 Apellidos y Nombres: _____
- 1.3 Sexo: _____
- 1.4 Fecha de Nacimiento: _____
- 1.5 Edad: _____ 1.6 Peso (Neonato): _____ g.
- 1.7 Servicio: _____
- 1.8 Sala: _____
- 1.9 Fecha de Ingreso a la IPRESS: _____
- 1.10 Fecha de Ingreso al Servicio: _____
- 1.11 Fecha de Egreso al Servicio: _____
- 1.12 Condición de Egreso: _____

1.1 Diagnóstico Médico de Ingreso	CIE.10

II.- DATOS DE LA INFECCION ASOCIADA A LA ATENCION EN SALUD

- 2.1 Tipo de IAAS: _____
- 2.2 Fecha de IAAS: _____
- 2.3 Criterio de definición de caso
- 2.4 ITS secundaria de IAAS: _____

III.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

- 3.1 Dispositivo médico: _____
- 3.2 Fecha de instalación: _____ 3.3 Fecha de retiro: _____
- 3.4 Procedimiento médico: _____
- 3.5 Fecha de Procedimiento: _____
- 3.6 Nombre de la Cirugía: _____
- 3.7 Tipo de cirugía: _____
- 3.8 Fecha de Cirugía: _____
- 3.9 Duracion de la cirugía (min): _____
- 3.10 Clase de herida: _____
- 3.11 Clase de ASA: _____
- 3.1 Implante: _____
- 3.13 Indice de Riesgo - ISO: _____

IV.- AGENTE AISLADO PARA LA IAAS

- 4.1 Tipo de cultivo: _____
- 4.2 Fecha de extraccion de la muestra: _____
- 4.3 Microorganismo 1: _____

4.5	ANTIMICROBIANOS	PERFIL DE SENSIBILIDAD		
		SENSIBLE	INTERMEDIO	RESISTENTE
	Ceftazidime			
	Cefepina			
	Ceftriaxona			
	Ciprofloxacina			
	Meropenem			
	Ampicilina/Sulbactam			
	Cefotaxima			
	Aztreonam			
	Cefuroxima			
	Ticarcilina/Acido Clavulánico			
	Imipenem			
	Piperacilina/Tazobactam			
	Cefepime			
	Gentamicina			
	Amikacina			
	Sulfaperazona/Sulfametoxazol			
	Acido Nalixidico			
	Norfloxacino			
	Oxacilina			
	Vancomicina			
	Eritromicina			
	Linezolid			
	Producción de blee			



PERU

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades



Ficha de investigación clínico-epidemiológica Vigilancia intensificada de Infecciones Respiratorias Graves (IRAG) y muerte por IRAG

I.- Datos generales del establecimiento notificante

Código de Barras

1. IPRESS: _____

2. Código RENAES: _____

3. Fecha de llenado de datos (*): _____

II.- Identificación del paciente

4. Nombres y apellidos: _____

5. Sexo: Masculino Femenino6. Fecha de nacimiento (*): ___/___/___ Edad: _____ Años Meses Días

7. DNI: _____ Historia clínica N°: _____ Servicio: _____

8. Dirección (donde vive habitualmente): _____

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

9. La vivienda esta ubicada en zona: 1 Rural 2 Urbana**III.- Antecedentes**10. Vacunación antigripal en los últimos 12 meses: SI NO**IV.- Factor o condición de riesgo**

Gestación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> I Trimestre	<input type="checkbox"/> II Trimestre	<input type="checkbox"/> III Trimestre
Puerperio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Otra enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cardiopatía crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Enfermedad neurológica crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Hepatología crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Obesidad	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Otro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifique: _____		

V.- ClínicaFiebre o antecedentes de fiebre: SI NO Tos: SI NO Dificultad respiratoria: SI NOHospitalización SI NO Fecha de hospitalización (*) ___/___/___Ingreso a la UCI SI NO Fecha de ingreso en UCI (*) ___/___/___

Fecha de alta (*) ___/___/___

Fallecimiento SI NO Fecha de defunción(*) ___/___/___**VI.- Tratamiento**Oseltamivir SI NO Fecha de inicio de administración de oseltamivir (*)**VII.- Laboratorio**13. Retención de la muestra SI NO

14. Fecha de obtención (*) ___/___/___

15. Tipo de muestra: Hisopado nasal y faringeo
 Aspirado nasofaríngeo
 Aspirado endotraqueal
 Tejidos

16. Fecha de envío de muestra (*) ___/___/___

VI.- Firma y sello de la persona que notifica

(*) Formato de fecha: dd/mm/aaaa

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01 - 631-4500

Ca. Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María - Lima

Dirección electrónica: <http://www.dge.gob.pe>

INFOSALUD 0800-10828

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica

Ministerio de Salud del Perú
Ficha de investigación clínico epidemiológica de Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios (OVR),
Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), IRAG inusitada, fallecimiento por IRAG

ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

Establecimiento de Salud: DIRESA / DISA:
 Nombre del médico tratante: Correo:
 Tipo de Vigilancia Vig. Influenza y OVR IRAG IRAG inusitado Fallecido por IRAG

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido paterno: Apellido materno: Nombres:
 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Edad: Años Meses
 Sexo: Masculino Femenino DNI: Ocupación:
 Dirección y/o domicilio: Teléfono:
 Departamento: Provincia: Distrito:

ANTECEDENTES

Contactos con otras personas con sintomatología respiratoria en últimos 7 días Sí No
 Contacto con animales: Sí No ¿Cuáles?
 País-lugar que visitó últimos 15 días (Lugar, fecha ingreso y salida)
 NINGUNO
 Vacunación Antigripal: Sí No Fecha de Vacunación (dd/mm/aa):

CLINICA

Fecha de inicio de síntomas:

Fiebre:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medida con termómetro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Temperatura Máxima (°C):	<input type="text"/>
Tos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otalgia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Adenopatías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor garganta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fotofobia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Astenia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Rinorrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Congestión conjuntival	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cefalea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Expectoración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mialgias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sibilancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Malestar general	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Congestión faríngea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Erupción dérmica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cianosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Taquipnea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otras manifestaciones:

Criterios de gravedad (compromiso sistémico)

Hospitalización Sí No Dificultad respiratoria Sí No Colapso circulatorio Sí No
 Falla multi orgánica Sí No Pérdida de conciencia Sí No Muerte Sí No

Diagnóstico presuntivo

Laboratorio

Tipo de muestra	Fecha de obtención (dd/mm/aa)	Tipo de Prueba	Resultado
Hisopado nasal:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hisopado faríngeo:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspirado nasofaríngeo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Suero de fase aguda:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Suero de fase convalescente:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tratamiento

Antibióticos: Sí No Cuáles: Antivirales: Sí No Cuáles:

Para casos hospitalizados por IRAG/IRAG inusitadas y fallecidos por IRAG

Fecha de Hospitalización: Fecha de Alta:
 Co-morbilidad 1. 2. 3.
 Fecha de defunción: Causa de la defunción: 1.
 Fecha de llenado de la ficha: 2.
 Fecha de notificación: 3.



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

SARAMPIÓN () CIE 10: B05 RUBÉOLA () CIE 10: B06
OTRAS FEBRILES ERUPTIVAS ()

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

DEFINICION OPERATIVA : Caso sospechoso

Toda persona de cualquier edad, de quién un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo papular generalizada, NO vesicular.

Código de registro	Fecha de identificación local del caso (o consulta)	Fecha de notificación de DIRESA/GERESA/DIRIS a CDC/MINSA (notificación nacional)	Fecha de investigación (visita domiciliaria)
	___/___/___	___/___/___	___/___/___

IMPORTANTE: Puntos I al III deben ser llenados por médico tratante o personal de salud que atiende el caso

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE

DIRESA/GERESA/DIRIS	RED	MICRORED	Establecimiento de salud notificante
Nombre de personal de salud que atiende el caso:			Teléfono del personal de salud

II. DATOS DEL PACIENTE

Tipo de doc. Identidad:	<input type="checkbox"/> 1 = DNI; 2 = Carné de extranjería; 3 = Pasaporte; 4 = Sin documento	Sexo:	<input type="checkbox"/> 1 = Masculino; 2 = Femenino	Fecha de nacimiento:	___/___/___	Edad:	___
N° Doc. Identidad:		Apellidos:		Nombres:		Pueblo étnico:	
						Etnia:	
Embarazo:		Gestante:	<input type="checkbox"/> 1 = Sí; 2 = No	N° semanas de gestación:		Lugar probable de parto:	

Domicilio actual:

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Tipo de localidad: 1 = Urbano; 2 = Periurbano; 3 = Rural

Si el caso procede del extranjero, indicar dirección, ciudad y país:

Referencia para localizar (a la altura de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.)

En caso sea menor de edad, indicar:

Nombre de madre o tutor:	Teléf. de madre o tutor:	N° Doc. Identidad de madre o tutor:

III. CUADRO CLÍNICO

Fecha inicio fiebre: ___/___/___ Fiebre fue cuantificada: <input type="checkbox"/> 1 = Sí; 2 = No	Erupción cutánea: <input type="checkbox"/> 1 = Sí; 2 = No	Estado general: <input type="checkbox"/>
N° días duración: () Temperatura: _____ ° C	Fecha inicio erupción: ___/___/___ N° días duración: ()	1 = Bueno; 2 = Regular; 3 = Malo
Car: 1 = Sí; 2 = No		
Tos <input type="checkbox"/>	Coriza o rinorrea <input type="checkbox"/>	Conjuntivitis <input type="checkbox"/>
Artralgias <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Especificar otros: _____
	Manchas de Koplik <input type="checkbox"/>	Adenopatía cervical <input type="checkbox"/>
		Adenopatía retroauricular <input type="checkbox"/>

Describir erupción cutánea (número de días después de inicio de erupción en que caso acude a la consulta y se está realizando la descripción, lugar de aparición, cronología de la aparición de la erupción cutánea, tipo de exantema, presencia de descamación y/o prurito, entre otros). Se recomienda documentar con fotografías. Ver instructivo.

Complicaciones (1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido)

Otitis media Convulsiones Neumonía Trombocitopenia Diarrea Encefalitis Otras Especificar otras: _____

Condición del paciente (1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido)

Hospitalizado <input type="checkbox"/>	Fecha hospitalización: ___/___/___	Nombre de EE.SS de hospitalización:	N° H.C:
Fallecido <input type="checkbox"/>	Fecha de defunción: ___/___/___	Causa básica de defunción:	

Antecedente de vacunación contra sarampión: 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

IMPORTANTE: Puntos IV al XI deben ser llenados por personal de epidemiología

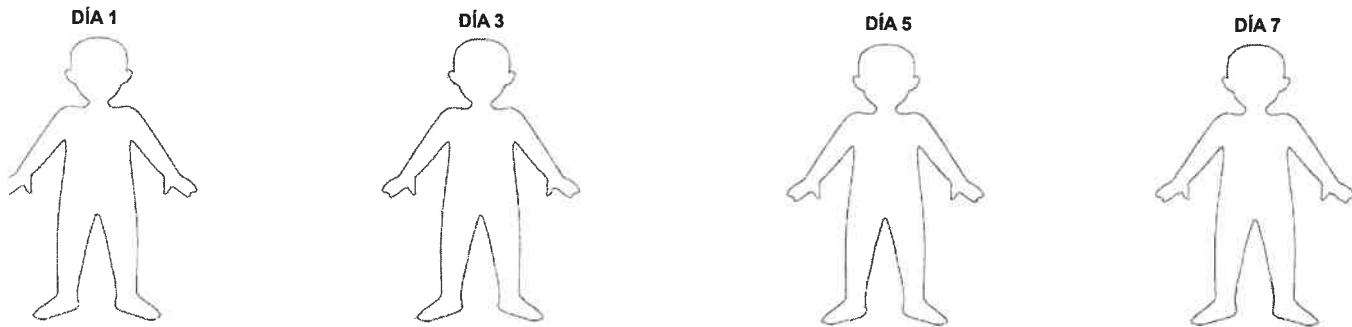
V. INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA (llenar durante seguimiento)

CRONOLOGÍA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: En la primera fila de la tabla, colocar la fecha en formato dd/mm teniendo como referencia el día 0 ("X" graficada en la tabla) que corresponde a la fecha de inicio de la erupción cutánea y construya la secuencia de los días hacia atrás y adelante. Colocar una X en los días en que inició cada signo y síntoma y su duración. Documentar exantema con fotografías durante visitas domiciliarias. Ver instructivo.

Signos y síntomas	FECHA: dd/mm																				
	DIAS																				
	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
erupción										X											
fiebre																					
tos																					
conjuntivitis																					
oriza o Rinorrea																					
manchas de Koplik																					
denopatía																					
otorroauricular																					
denopatía cervical																					
artralgias																					
otros																					
especificar:																					

Completar descripción de erupción cutánea (lugar de aparición, tipo de exantema, presencia de descamación y/o prurito, entre otros). Se recomienda documentar con fotografías la evolución del exantema (cara, cuello, tórax, abdomen, extremidades (palmas, plantas). Colocar en imagen secuencia de erupción cutánea. Ver instructivo.

sombrear las zonas del cuerpo de acuerdo a la cronología de la presentación del exantema:



Tipo de muestra	1era muestra										2da muestra										
	Fecha toma de muestra	Fecha envío LRR/LR a INS	Fecha recepción INS**	Resultado						Fecha toma de muestra	Fecha envío LRR/LR a INS	Fecha recepción INS**	Resultado								
				PCR	Fecha resultado	Genotipo	IGM	Fecha resultado	IGG				Fecha resultado	IgM	Fecha de resultado	IgG	Fecha de resultado				
oro																					
opado nasal y ngeo																					
na*																					

*solicitud de INS; ** De acuerdo a lo consignado en NETLAB

ANTECEDENTES VACUNALES

Considerar dosis de vacuna con componente antisaramposo (SRP, SR, ASA) documentadas en carné de vacunación, si no hubiera carné y existe referencia verbal de vacunación, investigar en archivos de establecimiento de salud donde se vacunó o centro educativo inicial (nido o guardería). Documentar carné de vacunación con fotografía. Ver instructivo.

estado vacunal y evidencia: 1= Vacunado; 2 = Vacunado incompleto; 3 = No vacunado; 4 = Ignorado; 5 = No corresponde; 6 = Sin evidencia

Tipo de vacuna*	N° dosis**	Fecha de última dosis	N° Lote	Fuente de información***	EE.SS donde se vacunó

Tipo de vacuna: 1 = Antisaramposo; 2 = Antirrubéolico; 3 = Doble viral (SR); 4 = Triple viral (SRP)
 * = Dosis cero; 1 = Primera dosis; 2 = Segunda dosis; 88 = Dosis adicional; 99 = Desconocido
 ** = 1 = Carné de vacunación; 2 = Registro en servicio de salud

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Localización del caso: 1 = Consulta; 2 = Laboratorio; 3 = Búsqueda activa institucional; 4 = Búsqueda activa comunitaria; 5 = Investigación de contactos; 6 = Casos reportados en comunidad; 88 = Otros; 99 = Desconocido. Si es otros, especificar: _____

¿Es contacto de otro caso conocido? 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido. Código del caso:

¿Tuvo contacto con gestante en los 20 semanas? 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

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)
- b. Vigilancia centinela** (Solo para EESS centinela)
- c. Vigilancia de febriles*** (Toma de muestras frente al incremento de febriles en EESS)

II. DATOS GENERALES:

- 1. Fecha de investigación:

Día	Mes	Año
- 2. GERESA/DIRESA/DISA:
- 3. Red:
- 4. EESS notificante:
- 5. Institución de salud: Minsa EsSalud Sanidad PNP Sanidad FA Privados Otro

III. DATOS DEL PACIENTE

- 6. H. Clínica N°:
- 7. Teléfono/Celular del paciente:
- 8. Fecha de Nacimiento:
- 9. Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombres:
- 10. DNI/Pasaporte:
- 11. Edad (años):
- 12. Género: M F
- 13. Ocupación:
- 14. Departamento:
- 15. Provincia:
- 16. Distrito:
- 17. Localidad (AH, Urb, Resid, etc):
- 18. Dirección:
- 19. Gestante: Si No
- 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 enfermar?

							desde..... hasta.....
							desde..... hasta.....

- 22. País:
- 23. Departamento:
- 24. Provincia:
- 25. Distrito:
- 26. Localidad:
- 27. Dirección:
- 27.1 Fecha de permanencia:
- 28. Caso autóctono: Si No
- 29. Caso importado Nacional:
- 30. Caso importado Internacional:
- 31. Tuvo dengue anteriormente: Si No
- 32. Año:
- 33. Recibió vacuna anti-mariánica: Si No
- 34. Año de vacunación:
- 35. Tiene comorbilidad: Si No
- 36. Cual:

V. DATOS CLINICOS

- 37. Fecha de inicio de síntomas:

Día	Mes	Año
 - 38. Fecha de toma primera muestra:

Día	Mes	Año
 - 39. Fecha de toma segunda muestra:

Día	Mes	Año
 - 40. Signos y síntomas frecuentes
- | | | |
|---|---|--|
| <p>Fiebre T° C <input type="text"/></p> <p>Artralgias <input type="checkbox"/></p> <p>a. Manos <input type="checkbox"/></p> <p>b. Pies <input type="checkbox"/></p> <p>Mialgias <input type="checkbox"/></p> <p>Cefalea <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor ocular o retroocular <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor lumbar <input type="checkbox"/></p> <p>Rash /exantema <input type="checkbox"/></p> <p>Conjuntivitis no purulenta (ojos rojos) <input type="checkbox"/></p> <p>Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/></p> <p>Otros..... <input type="checkbox"/></p> | <p>Signos de alarma</p> <p>Dolor abdominal intenso y continuo <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor torácico o disnea <input type="checkbox"/></p> <p>Derrame seroso al examen clínico y/o por estudio de imágenes (ascitis o derrame pleural o pericárdico) <input type="checkbox"/></p> <p>Vómitos persistentes <input type="checkbox"/></p> <p>Disminución brusca de la T° o hipotermia <input type="checkbox"/></p> <p>Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario) <input type="checkbox"/></p> <p>Hepatomegalia <input type="checkbox"/></p> <p>Ictericia <input type="checkbox"/></p> <p>Estado mental alterado (somnolencia, inquietud, irritabilidad o convulsión) <input type="checkbox"/></p> <p>Incremento del hematocrito <input type="checkbox"/></p> | <p>Signos de gravedad</p> <p>Pulso débil e indetectable <input type="checkbox"/></p> <p>Extremidades frías o cianóticas <input type="checkbox"/></p> <p>Diferencial de Presión Arterial \geq 20 mmHg. <input type="checkbox"/></p> <p>Compromiso grave de órganos</p> <p>Especifique: <input type="text"/></p> <p>Sangrado grave <input type="checkbox"/></p> <p>Especifique: <input type="text"/></p> <p>Escala de Glasgow</p> <p>Apertura ocular <input type="checkbox"/> (1-4)</p> <p>Respuesta motora <input type="checkbox"/> (1-6)</p> <p>Respuesta verbal <input type="checkbox"/> (1-5)</p> |
|---|---|--|

VI. EXAMENES DE LABORATORIO

(LLENADO POR EL LABORATORIO REFERENCIAL)

41. Prueba solicitada	42. Resultado		44. Fecha de resultado
	42. Positivo	43. Negativo	
a. ELISA NS1-Dengue			
c. Aislamiento viral			
b. qRT-PCR Suero			
f. qRT-PCR Orina			
d. ELISA IgM (1era muestra)			
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 No
- 46. Fecha hospitalización:
- 47. Falleció:
- 48. Fecha defunción:
- 49. Fue referido:
- 50. Fecha referencia:
- 51. Hospital/CS:

VIII. CLASIFICACIÓN

- 52. Dengue sin signos de alarma: Probable Confirmado Descartado
- 53. Dengue con signos de alarma: Probable Confirmado Descartado
- 54. Dengue grave: Probable Confirmado Descartado
- 55. Chikungunya: Probable Confirmado Descartado
- 56. Chikungunya grave: Probable Confirmado Descartado
- 57. Zika: Sospechoso Confirmado Descartado
- 58. Otras arbovirosis: Probable Confirmado Descartado
- 59. Fiebre amarilla: Síndrome febril Probable Confirmado Descartado

IX. OBSERVACIONES

X. INVESTIGADOR

Nombre de la persona responsable:

Cargo:

Celular:

Firma y Sello



PERU

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE ESAVI SEVERO

ESAVI = EVENTO SUPUESTAMENTE ATRIBUIDO A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN

Definición operativa: ESAVI severo: Es todo cuadro clínico supuestamente atribuido a vacunación o inmunización que cumple uno o más de los siguientes criterios: 1. Hospitalización. 2. Riesgo de muerte. 3. Discapacidad. 4. Fallecimiento. También se incluye los conglomerados leves - moderados.

I. NOTIFICACIÓN

SEVERO

CONGLOMERADO (LEVE-MODERADO)

Código de registro	Fecha de identificación local del caso (o consulta)	Fecha de notificación de DIRESA/GERESA/DIRIS a CDC/MINSA (notificación nacional)	Fecha de inicio de investigación
	___/___/___	___/___/___	___/___/___

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE

DIRESA/GERESA/DIRIS RED MICRORED Establecimiento de Salud notificante

Nivel I Nivel II Nivel III Nivel IV Teléfono del Personal de salud

Minsa EsSalud FF. AA y PNP Sector Privado Sisol Otro

III. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido 2do Apellido Nombre(s) Sexo: M F Teléfono:

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ 1. Años 2. Meses 3. Días 4. Hora 5. Minutos

Domicilio actual: Departamento: Distrito: Provincia: Localidad: Dirección: Referencia:

Pueblo étnico: Etnia Gestante: No Sí N° de semanas de gestación:

Tipo de localidad: Urbano Periurbano Rural

Está asegurado: Sí No SIS EsSalud Privado

Ocupación: Sin ocupación Estudiante Comerciante Empleado Personal de salud Otro ¿Cuál?

Documento de identificación: DNI Pasaporte Carne de extranjería Sin documento N°

IV. DATOS DE LA VACUNACIÓN (colocar códigos)

1. Nombre de Vacuna (cód)	2. Adyuv	3. Dosis	4. Vía	5. Sitio	Fecha de vacunación (Hs:m)	EESS que vacunó	Fabricante	Lote	Fecha de expiración
.....					___/___/___ : ___:___	___/___/___
					___/___/___ : ___:___				___/___/___
					___/___/___ : ___:___				___/___/___
					___/___/___ : ___:___				___/___/___

- VACUNA: 01 BCG, 02 DPT, 03 APO, 04 Hepatitis B, 05 Hib, 06 Pentavalente, 07 SPR, 08 fiebre amarilla, 09 SR, 10 DT, 11 Influenza estacional, 12 Anti-sarampión, 13 Contra neumococo, 14 Contra rotavirus, 15 Contra VPH, 16 IPV, 17 contra Varicela, 18 dTpa, 19 anti COVID-19, 20 Otro
- ADYUVANTE: 01 Sí, 02 No
- DOSIS: 01 primera, 02 segunda, 03 tercera, 04 adicional, 05 única, 06 refuerzo
- VIA: 01 oral, 02 intradérmica, 03 subcutánea, 04 intramuscular
- SITIO: 01 hombro derecho, 02 hombro izquierdo, 03 brazo derecho, 04 brazo izquierdo, 05 Vasto externo de muslo derecho, 06 Vasto externo de muslo izquierdo, 09 oral

V. ANTECEDENTES

PERSONALES		FAMILIARES			EPIDEMIOLÓGICOS	
¿ESAVI previo? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Condiciones de comorbilidad		Cuadros Patológicos			Enfermedades prevalentes en la Región: Dengue <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> Leptospirosis <input type="checkbox"/> Bartonelosis <input type="checkbox"/> Rabia <input type="checkbox"/> Otra, especifique _____
	Cuál: Convulsión <input type="checkbox"/> Rush <input type="checkbox"/> Pérdida conoc. <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	Alergia <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Convulsión <input type="checkbox"/> Daño hepático <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Pulmonar <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Enf. Reumatol. <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Enf. Cardiovascular <input type="checkbox"/> Enf. Neurológica o neuromuscular <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH) <input type="checkbox"/> Otra, especifique _____	Alergia <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Enf. Cardiovascular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Pulmonar <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Enf. Reumatol <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Convulsión febril infancia <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH) <input type="checkbox"/> Otra, especifique _____			

VI. SIGNOS/SÍNTOMAS

	Tiempo entre vacunación e inicio del cuadro clínico			Fecha de Inicio	Fecha de Término
	Minuto	Hora	Días	día / mes / año	día / mes / año
1. Absceso en el sitio de inyección					
a) Estéril				___/___/___	___/___/___
b) Bacteriano				___/___/___	___/___/___
2. Linfadenitis supurativa	Minuto	Hora	Días		
a) Nódulo Linfático mayor a 1.5 cm				___/___/___	___/___/___
b) Nódulo Bacteriano				___/___/___	___/___/___
3. Reacción local Severa	Minuto	Hora	Días		
a) Inflamación más allá de la articulación más cercana				___/___/___	___/___/___
b) Dolor enrojecimiento e inflamación de más de 3 días				___/___/___	___/___/___
c) Inflamación >10 cm más limitación funcional				___/___/___	___/___/___
4. Llanto persistente (mayor de 3 horas)	Minuto	Hora	Días		
I. Solo asociado a fiebre				___/___/___	___/___/___
II. Asociado a otros síntomas				___/___/___	___/___/___
5. Convulsiones	Minuto	Hora	Días		
a) Febril				___/___/___	___/___/___
b) Afebril				___/___/___	___/___/___
6. Síndrome hipotónico - hiporreactivo	Minuto	Hora	Días		
a) Asociada a depresión respiratoria, cianosis				___/___/___	___/___/___
b) No asociada a depresión respiratoria, cianosis				___/___/___	___/___/___
7. Reacción Alérgica	Minuto	Hora	Días		
a) Reacción Anafiláctica				___/___/___	___/___/___
b) Shock anafiláctico				___/___/___	___/___/___
8. Púrpura trombocitopénica	Minuto	Hora	Días		
a) Sólo manifestaciones dérmicas (petequias)				___/___/___	___/___/___
b) Asociadas a otros síntomas				___/___/___	___/___/___
9. Síncope o reacción vasovagal					
10. Parálisis flácida aguda	Minuto	Hora	Días		
a) Asimétrica				___/___/___	___/___/___
b) Simétrica (d/c SGB, Mielitis transversa, otra)				___/___/___	___/___/___
11. Encefalopatías	Minuto	Hora	Días		
a) Convulsiones				___/___/___	___/___/___
b) Severa alteración de conciencia por uno o más días				___/___/___	___/___/___
c) Cambio de conducta por uno o más días				___/___/___	___/___/___
d) Daño cerebral permanente				___/___/___	___/___/___
12. Encefalitis				___/___/___	___/___/___
13. Meningitis				___/___/___	___/___/___
14. Osteítis / osteomielitis				___/___/___	___/___/___
15. Artralgia	Minuto	Hora	Días		
a) Persistente				___/___/___	___/___/___
b) Transitorio				___/___/___	___/___/___
16. Sepsis				___/___/___	___/___/___
17. Síndromes de shock tóxico				___/___/___	___/___/___

18. Otros eventos severos e inusuales especifique ¿Cuál? _____	Minuto	Hora	Días	____/____/____	____/____/____
--	---------------	-------------	-------------	----------------	----------------

VII. DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

Fecha de Inicio:
 Gravedad del caso:
 Secuencia cronológica de instalación de signos síntomas:

Exámenes auxiliares:
 Tratamiento recibido:
 Evolución:

VIII. HOSPITALIZACIÓN

N° Historia Clínica: _____	Diagnósticos de Ingreso: _____	Estado de Alta	¿Transferido?
Fecha de Ingreso: _____ Día / Mes / Año		Mejorado <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de Alta: _____ Día / Mes / Año	Diagnóstico de Egreso: _____	Secuela <input type="checkbox"/>	¿A dónde? _____
		Fallecido <input type="checkbox"/>	_____

IX. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

- | | | |
|---|--|--|
| 1. Caso no ubicable <input type="checkbox"/> | 2. En rehabilitación <input type="checkbox"/> | 3. Requiere solo control médico <input type="checkbox"/> |
| 4. Requiere tratamiento quirúrgico <input type="checkbox"/> | 5. (3) y (4) <input type="checkbox"/> | 6. Recuperado s/ secuela <input type="checkbox"/> |
| 7. Recuperación c/ secuela <input type="checkbox"/> | 8. Otro estudio Final <input type="checkbox"/> | |

X. CLASIFICACION FINAL

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Reacción relacionada a la vacuna | <input type="checkbox"/> |
| 2. Reacción relacionada con un defecto en la calidad de la vacuna | <input type="checkbox"/> |
| 3. Reacción relacionada con un error en la inmunización | <input type="checkbox"/> |
| 4. Reacción relacionada con la ansiedad por la inmunización | <input type="checkbox"/> |
| 5. Eventos coincidentes | <input type="checkbox"/> |
| 6. Evento no concluyente | <input type="checkbox"/> |

Nombre del Investigador _____


Firma _____

Cargo: _____

Teléfono: _____

DIRECTIVA SANITARIA N° 135 -Minsa/CDC-2021
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19)
EN EL PERÚ

ANEXO 01: FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19

		FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19	
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN			
1. Fecha notificación: ____/____/____		4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> Minsa	
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____		<input type="checkbox"/> Es Salud	
3. IPRESS: _____		<input type="checkbox"/> FFAA / PNP	
5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Sospechoso		<input type="checkbox"/> Privado	
<input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Descartado			
Estudio de reinfección: <input type="checkbox"/> (Se deberá completar además la sección VII)			
II. DATOS DEL PACIENTE			
8. Apellidos y nombres: _____		7. N° Teléfono: _____	
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____		9. Edad: ____ Tipo edad <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días	
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		11. Tipo de documento: _____ N° _____	
12. Peso: _____ gramos		13. Talla: _____ metros	
14. Etnia o raza <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Andino Pueblo étnico: _____			
<input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Indígena amazónico Pueblo étnico: _____			
<input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Otro: _____			
15. Nacionalidad <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Extranjero País de nacionalidad _____			
16. Migrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No País de origen _____			
17. Dirección de residencia actual: País: _____ Localidad: _____			
Urb/Área: _____ Tipo de vía: _____ Lote/Nro: _____			
Nombre de la vía: _____			
Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____			
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS			
18. Tipo de caso: <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Asintomático			
19. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ Fecha de inicio de aislamiento: ____/____/____			
21. Síntomas:			
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Dolor de oído	
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión	
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/> Dolor muscular	
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Anosmia	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	
<input type="checkbox"/> Escalofrío	<input type="checkbox"/> Ageusia	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones	
Otros, especificar: _____			
22. Signos:			
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en radiografía	
<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar anormal	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en ecografía	
<input type="checkbox"/> Convulsión		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en tomografía	
Otros, especificar: _____			
23. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo			
<input type="checkbox"/> Mayor de 65 años	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)	<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)	
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Tipo I y II)	<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebro vascular	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Cáncer	
<input type="checkbox"/> Embarazo (Edad gestacional: _____ semanas)	<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Receptor de trasplante de órganos y/o células madre sanguíneas	
		Fecha probable de parto ____/____/____	
24. Ocupación			
<input type="checkbox"/> Trabajador de Salud	Si es trabajador de salud, especificar profesión:		
<input type="checkbox"/> Policía	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Laboratorista	
<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Enfermera	<input type="checkbox"/> Técnico en enfermería	
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Obstetra	<input type="checkbox"/> Otros _____	
<input type="checkbox"/> Otros especificar _____			
25. Lugar de trabajo IPRESS _____			
Departamento _____			
Provincia _____			
Distrito _____			
26. ¿Ha tenido contacto directo con un caso sospechoso, probable o confirmado en los 14 días previos al inicio de síntomas?			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
Si la respuesta es si, marque según corresponda:			
<input type="checkbox"/> Entorno de salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Entorno laboral	
<input type="checkbox"/> Casa de reposo	<input type="checkbox"/> Centro penitenciario	<input type="checkbox"/> Albergue	
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____		
27. ¿Vacunado contra la COVID-19? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
1° dosis <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____	Tipo vacuna _____	
2° dosis <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____	Tipo vacuna _____	
Dosis adicional <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____	Tipo vacuna _____	





PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

ENFERMEDAD DE CHAGAS

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA

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 Búsqueda Activa PNP [] FAA [] Priv. [] OTRO []
 Otro _____

II. DATOS DEL PACIENTE

Nombres : _____ Apellidos: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M [] F []
 Estado civil: Soltero(a) [] Casado(a) [] Conviviente [] Separado(a) [] Viudo(a) []
 Ocupación: Tiempo: _____

III. 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.) _____

IV. MIGRACION

Tiempo que reside en domicilio actual años meses

Si reside menos de 6 meses ¿Dónde vivía anteriormente?

DEPARTAMENTO _____	NOMBRE DE ZONA _____
PROVINCIA _____	TIPO DE VIA _____
DISTRITO _____	NOMBRE DE VIA _____
TIPO DE ZONA _____	INT/DEP/LOTE _____
	Número /Km./Mz. _____

Listado de localidades que el paciente visitó en los últimos 10 días

Viajó los últimos 6 meses? SÍ NO

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____
 Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____
 Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

Lugar probable de contagio: _____ Fecha probable de contagio: ____/____/____

DEPARTAMENTO _____ DISTRITO _____
 PROVINCIA _____ LOCALIDAD _____

Tiempo de permanencia en el lugar probable de contagio: N° de días _____ N° de meses _____ N° de años _____

Existe "chirimacha" o "chinche" en su casa: Sí No Ignorado

Ha sido picado por una "chirimacha" o "chinche": Sí No Ignorado Fecha: ____/____/____

Ha recibido transfusión de sangre sin control para la enfermedad de Chagas: Sí No Ignorado Cuántas veces: _____

Fecha de la última transfusión: ____/____/____

Antecedentes de tener madre seropositiva (positiva a dos pruebas serológicas distintas) para la enfermedad de Chagas:
 Sí () No () Ignorado ()

Existe otra (s) persona (s) con un cuadro similar en la casa del lugar donde se contagió: Si No Ignorado

Posible forma de transmisión: Vectorial ___ Transfusional ___ Vertical ___

VI. CUADRO CLINICO

Sintomático () Asintomático () Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___

ETAPA AGUDA

Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO
Fiebre	[]	[]	Hepatomegalia	[]	[]	Esplenomegalia	[]	[]
Miocarditis	[]	[]	Mialgias	[]	[]	Meningoencefalitis	[]	[]
Chagoma de inoculación	[]	[]	Signo de Romaña	[]	[]	Malestar general	[]	[]

ETAPA CRONICA

Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO
Palpitaciones	[]	[]	Disfagia	[]	[]	Edema	[]	[]
Arritmia	[]	[]	Regurgitación	[]	[]	Soplo	[]	[]
Dolor precordial	[]	[]	Taquicardia	[]	[]	Tos	[]	[]
Hepatomegalia	[]	[]	Disnea	[]	[]	Odinofagia	[]	[]

VII. HOSPITALIZACION

SI NO FECHA ___/___/___ Hospital H.C. _____

Tiempo de Enfermedad al momento de hospitalización _____

Tiempo en ser trasladado al hospital desde su domicilio _____ Horas Minutos

Diagnóstico de Ingreso: 1 _____ 2 _____

Evolución:

Condición de Egreso

Alta / Recuperado

Fallecido

Dx _____
Fecha ___/___/___

Necropsia SI NO
Dx macroscópico _____
Dx microscópico _____
Fecha ___/___/___

VIII. MANEJO:

TRATAMIENTO: SI NO

IX. LABORATORIO [Para ser llenado por el responsable de diagnóstico de laboratorio]

Nombre del Laboratorio _____ Fecha de recepción: ___/___/___

Tipo de muestra Adecuada Inadecuada

Si no es adecuada, especificar: _____

MUESTRA	FECHA DE TOMA	FECHA DE ENVIO	FECHA DE LECTURA	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
Sangre	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Gota fresca [] Cultivo [] Microhematocrito []	
Suero	___/___/___	___/___/___	___/___/___	ELISA [] HAI [] IFI	

VII. CLASIFICACION FINAL

CASO CONFIRMADO	FECHA DE CONFIRMACION	CASO DESCARTADO	CRITERIO DE DESCARTE	FECHA DE DESCARTE
Chagas Agudo	___/___/___	Chagas Agudo		___/___/___
Chagas crónico	___/___/___	Chagas crónico		___/___/___
Chagas congénito	___/___/___	Chagas congénito		___/___/___

Nombre de la persona que notifica: _____

Cargo _____ Firma _____

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Correo: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01-6314500

Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María Lima 11

INFOSALUD 0800-10828



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención y
Control de Enfermedades**FORMATO DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE DEFUNCIONES POR
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)****I. DATOS GENERALES**Nombre de Establecimiento de Salud notificante: _____
Código RENAES: _____ Fecha de llenado de datos: ___/___/___**II. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO**Apellido paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Sexo: M () F () Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Etnia o Raza: Mestizo () Andino () Asiático descendiente () Afrodescendiente () Indígena Amazónico ()
Otro () Pueblo Étnico: _____
Dirección (donde vivió habitualmente): _____
Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
La vivienda está ubicada en: Zona Urbana () Zona Rural () Otro: _____
Fecha de Defunción: ___/___/___ Hora de Defunción: ____:____
Lugar de Defunción: Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
Lugar de Ocurrencia de la Defunción: Casa () Puesto de Salud () Centro de Salud ()
Hospital/Clínica con permanencia < 24 horas () Hospital/Clínica con permanencia > 24 horas ()
Otro: _____**III. DATOS SOBRE ATENCIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD**Fecha de inicio de la diarrea: ___/___/___
¿A dónde lo llevó primero?
() Puesto de salud () Centro de Salud () Hospital () Clínica privada () Farmacia/botica
() Curandero Otro: _____
Fecha de primera atención: ___/___/___
¿Por la gravedad le indicaron el transferirlo a otro establecimiento? () Si () No
¿Aceptó la transferencia? () Si () No
Fecha de la transferencia: ___/___/___ Hora de Transferencia: ____:____
¿Qué tipo de aseguramiento tiene?
() SIS () EsSalud () Fuerzas Armadas () Policía () Privado
Otro: _____ () No tenía seguro
¿Pertenece a algún programa social? () Juntos () Vaso de leche () Pensión 65
Otro: _____**- En caso de niños menores de 5 años:**¿Quién cuidaba habitualmente al niño/niña en los últimos 30 días?
() Madre () Padre () Abuela/o () Hermana/o Otro: _____
Vacuna:
Rotavirus: () 1ª dosis () 2ª dosis
Estado nutricional: () Eutrófico () Desnutrido Agudo () Crónico ()
Lactancia materna exclusiva (6 meses): () Fórmula Láctea: () Lactancia Mixta: ()
N° controles CRED (según tarjeta): _____**IV. ATENCIÓN HOSPITALARIA (SOLO SI LLEGÓ A ESTAR INTERNADO EN EL HOSPITAL)**Fecha de ingreso a emergencia: ___/___/___ Hora: ____:____
Fecha de ingreso a hospitalización: ___/___/___ Hora: ____:____
Diagnósticos de ingreso: _____
_____**V. DIAGNÓSTICOS FINALES (SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN)**Causa básica: _____
Causa intermedia: _____
Causa terminal: _____Nombre de la persona que investiga el caso: _____
Cargo: _____ Firma: _____**Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA**

Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefono: (01) 631-4500

Ca. Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María - Lima

Dirección electrónica: <http://www.dge.gob.pe>

ANEXO N° 2

PERU MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Epidemiología		FICHA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE CASO DE INFECCIÓN POR VIH Y SIDA			
1. DISA/DIRESA/GERESA:		2. Establecimiento de Salud Notificante:			
3. Tipo de establecimiento:		4. Institución:		5. Fecha de notificación:	
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Puesto de Salud <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP <input type="checkbox"/> Otro		DIA MES AÑO	
6. Código del paciente:		8. Motivo de notificación:		9. Estadio de infección VIH:	
Iniciales: Fecha de nacimiento: AP AM NT N2 DIA MES AÑO		<input type="checkbox"/> Infección por VIH <input type="checkbox"/> Caso de VIH Avanzado <input type="checkbox"/> Caso de SIDA <input type="checkbox"/> Gestante con VIH <input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto, infectado por VIH <input type="checkbox"/> Caso de fallecido con VIH o SIDA <input type="checkbox"/> Inicio de TARGA <input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto al VIH <input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto, no infectado por VIH		<input type="checkbox"/> Estadio 1 <input type="checkbox"/> Estadio 2 (Avanzado) <input type="checkbox"/> Estadio 3 (SIDA) <input type="checkbox"/> Desconocido	
7. DNI:		10. Residencia habitual:		11. Etnia:	
		Departamento:		<input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Afro Descendiente <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Indígena Amazónico <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Otro	
Provincia:		12. Grado de instrucción:		13. Condición especial:	
Distrito:		<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria		<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Trabajador (a) sexual <input type="checkbox"/> Privado de la libertad <input type="checkbox"/> UDI <input type="checkbox"/> Usuario de drogas no inyectables	
14. Sexo al nacimiento:		15. Identidad de género:			
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido			
16. Antecedentes de RS: <input type="checkbox"/> RS con hombres <input type="checkbox"/> RS con mujeres <input type="checkbox"/> RS con ambos sexos <input type="checkbox"/> Desconocido					
17. Vía de transmisión:					
<input type="checkbox"/> Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No determinado <input type="checkbox"/> Parenteral: <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre y/o derivados <input type="checkbox"/> Compartir agujas /UDI <input type="checkbox"/> Accidente con material contaminado <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos o tejidos <input type="checkbox"/> No determinado <input type="checkbox"/> Madre-niño (vertical) <input type="checkbox"/> Desconocida					
18. Laboratorio para caso de infección VIH:					
Pruebas de tamizaje reactivas Pruebas confirmatorias positivas					
Prueba N° 1 Prueba N° 2 Prueba N° 1 Prueba N° 2					
Fecha: Mes Año Mes Año Mes Año Mes Año					
Tipo: <input type="checkbox"/> Prueba Rápida <input type="checkbox"/> Prueba de ELISA <input type="checkbox"/> Prueba Rápida <input type="checkbox"/> Prueba de ELISA <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Prueba de ELISA <input type="checkbox"/> Prueba de ELISA <input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> PCR					
19. Laboratorio para niño expuesto, no infectado:					
Fecha: Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año					
Tipo: <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> PCR					
20. TARGA					
Fecha de inicio de tratamiento: Mes Año					
21. Estadio VIH Avanzado / SIDA					
Estadio VIH Avanzado: Fecha de diagnóstico: Mes Año Infección con tuberculosis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de diagnóstico: / /					



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN EL PCPI

	Estado SIDA:	Fecha de diagnóstico:	<input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año	Criterio diagnóstico de SIDA:	<input type="checkbox"/> CD4 <input type="checkbox"/> Enfermedad indicadora
	Enfermedades Indicadoras de SIDA				Código CIE-10
	1.				
2.					
22. Defunción:	Fecha:	Defunción relacionada a SIDA:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año	Causa de muerte:			
23. Responsable de notificación:	Nombre:				Firma:



M. YAGUIM



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

ANEXO 1

FICHA DE INVESTIGACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE LA ENFERMEDAD MANO, PIE, BOCA (EMPB)
Includes sections for: I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACION, II. DATOS DEL PACIENTE, III. LUGAR PROBABLE DE INFECCION, IV. CUADRO CLINICO, VI. LABORATORIO, VII. OBSERVACIONES, and VII. INVESTIGADOR.



Handwritten signature or mark



LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISIÓN DEL LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN

NOMBRES Y APELLIDOS:

SERVICIO	PROFESION
-----------------	------------------

Nº	ITEMS	SI	NO
1	Implementación del lavado de manos	Toalla desechable	
2		Jabon (Clorhexidina al 2%, 4% u otro)	
3		Tacho de Residuos Adecuado	
4	Tiene la manos sin anillos, reloj, pulsera y las mangas estan sobre el codo		
5	Tiene las uñas cortas y sin esmalte.		
6	Realiza el lavado de manos de manera vigorosa en 11 pasos (40-60 segundos)	Moja con agua las manos	
7		Aplica jabón suficiente para cubrir ambas manos	
8		Frota palma con palma formando espuma	
9		Palma derecha sobre el dorso izquierdo con los dedos entrelazados y viseversa	
10		Palma con palma con los dedos entrelazados	
11		Frotar las uñas en las palmas opuestas con los dedos unidos y viceversa	
12		Frotar el pulgar izquierdo en forma circular sobre la palma derecha y viceversa	
13		Frotar las yemas en la palma izquierda en forma circular y viceversa	
14		Enjuagar las manos con abundante agua	
15		Seca bien con toalla desechable	
16		Cierra la llave con la misma toalla	
PUNTAJE TOTAL			

OBSERVACIONES:

17	Uso de Equipo de Proteccion Personal		
----	--------------------------------------	--	--

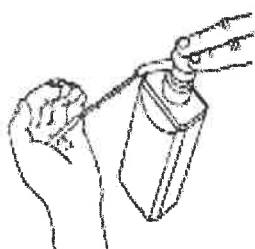


¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

⌚ Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos

1a



Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;

1b

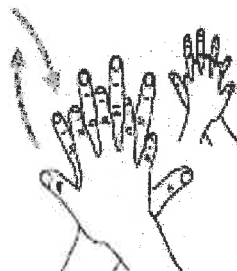


2



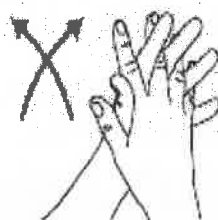
Frótese las palmas de las manos entre sí;

3



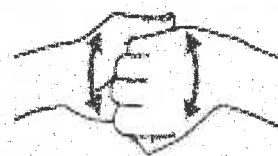
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;

4



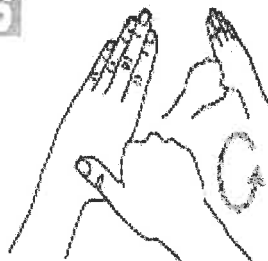
Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;

5



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;

6



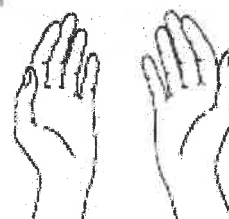
Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;

7



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;

8



Una vez secas, sus manos son seguras,

ANEXO 6
FICHA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE LEPTOSPIROSIS

I. DATOS GENERALES						
1. Código de la notificación.....		2. Fecha de notificación/...../.....				
3. Nombre de Establec. de Salud.....			4. RED/MICRORED.....		5. DIRESA/DISA.....	
II. DATOS DEL PACIENTE:						
6. Historia clínica N°.....				12. Punto de Referencia.....		
7. Apellidos y Nombres.....				13. Localidad.....		
8. Edad.....		9. Sexo: M () F ()		14. Distrito.....		
10. Grado de Instrucción: Analf () Primaria () Secundaria () Superior ()				15. Provincia		
11. Domicilio: Av./Jr. /Calle:.....				16. Departamento.....		
N°.....Mza.		Lt.....		17. Teléfono:.....		
Urbanización:.....						
III. INFORMACIÓN CLÍNICA.						
18. Fecha de inicio de síntomas...../...../.....		19. Tiempo de enfermedad.....		20. Fecha de obtención de 1ª muestra...../...../.....		21. Fecha de obtención de 2ª muestra...../...../.....
						22. Forma de inicio de enfermedad
						Brusco ()
						Insidioso ()
23. Signos y Síntomas (Mar que con una X si presenta)						
	1era Eval.	2da Eval.		1era Eval.	2da Eval.	Examen Físico (Realizado por.....)
Signos vitales:						
FC..... FR.....						
PA.....						
Fiebre >38°C			Diarrea			Rash
Malestar general			Estreñimiento			Ictericia
Anorexia			Nauseas			Petequias
Astenia			Vómitos			Hemorragia conjuntival bilateral
Dolor de cabeza			Epistaxis			Hepatomegalia
Mareo			Hemoptisis,			Esplenomegalia
Escalofríos			Gingivorragia			Rigidez de Nuca
Dolor muscular			Hematoquezia			Transtorno del sensorio
Dolor pantorrillas			Hematemesis			Otros:
Dolor lumbar			Melena			
Tos			Hematuria			
Dificultad respiratoria			Oliguria y/o Anuria			
Dolor precordial			Alteración cardiaca			
Dolor paravertebral			Otros:			
Dolor abdominal						
IV. ANTECEDENTES (En las últimas 3-4 semanas antes de enfermar)						
	Fecha	Lugar / Distrito	Provincia	Departamento	Permanencia (días)	
24. Ocupación (especifique):.....						
25. Viajes.						
26. Contacto con:						
Aguas estancadas, inundaciones.						
Río, lago, piscinas, canales, etc.						
Charcas, barro, suelo de estanda de animales.						
Pozo séptico, letrina, desagüe.						
Porcinos, vacunos, canes.						
Ratas, ratones, mucas ó zarigüeyas.						
Otros:						
V. LABORATORIO CLÍNICO: 27. Hemograma.....28. Recuentos de plaquetas..... 29. Hto.....30. Proteínas en orina						
VI. LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN						
31. Muestras obtenidas: sangre total (); suero (); orina (); gota gruesa o frotis () LCR () Fecha:...../...../..... otros.....						

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA CON LEPTOSPIROSIS

32. Pruebas requeridas de laboratorio: cultivo sangre () cultivo orina () ELISA () Microaglutinación-MAT () PCR () Otros (especificar)..... Muestras previas enviadas:() si () no Fecha...../...../..... Resultado..... Prueba	
33. Resultados primera muestra Elisa IgM: Unidad lepto:..... PCR: MAT: 1 ^{er} serovar:título: 2 ^{do} serovar:título: 3 ^{er} serovar:título:	34. Resultados segunda muestra Elisa IgM/IgG: Unidad lepto:..... PCR: MAT: 1 ^{er} serovar:título: 2 ^{do} serovar:título: 3 ^{er} serovar:título:
VII. EVOLUCIÓN DEL CASO	
35. Tratamiento: no () si () Diálisis no () si () N ^o días..... Fecha :/...../..... Antibióticos : No() Si() 1..... Dosis..... N ^o días..... Fecha de inicio:/...../..... 2..... Dosis..... N ^o días..... Fecha de inicio:/...../..... 3..... Dosis..... N ^o días..... Fecha de inicio:/...../.....	
36. Condición del paciente Hospitalizado () Fecha de hospitalización (...../...../.....) Tiem po de hospitalización:.....días Condición de Egreso: alta () Referido () Fallecido: () Fecha /...../..... Ignorado()	
37. Persona que proporci ona la información: Nombre:..... Establecimiento de Salud:..... Cargo..... Fecha/...../..... <p style="text-align: center;">Firma:.....</p>	

DIRECTIVA SANITARIA N° 036-MINSA/CDC-V.02
DIRECTIVA SANITARIA QUE ESTABLECE LA NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA

ANEXO 1

FICHA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA



PERÚ Ministerio de Salud
 Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades



I. DATOS NOTIFICACIÓN

FECHA DE NOTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____	HORA DE LA NOTIFICACIÓN (24 horas) : Horas ____/Minutos ____
DISA/DIRESA/GERESA QUE NOTIFICA:	RED DE SALUD:
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE:	
IDENTIFICADO POR: VIGILANCIA ACTIVA <input type="checkbox"/> VIGILANCIA PASIVA <input type="checkbox"/>	
INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA: IGSS/GOBIERNO REGIONAL <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> Sanidad de FFAA/PNP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	
Otra Institución <input type="checkbox"/> Especificar _____	

II. DATOS BÁSICOS DE LA FALLECIDA

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
EDAD <input type="text"/> Años	N° DNI <input type="text"/>	N° DE HISTORIA CLÍNICA <input type="text"/>

DOMICILIO :

Jr./Calle/Avenida/Comité/Sector	N°/Interior/Manzana/Lote	Urbanización/AAHH/Barrio/Comunidad/Localidad
DEPARTAMENTO (Procedencia):	PROVINCIA:	DISTRITO:

III. DATOS DEL FALLECIMIENTO

MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Embarazo Parto Puerperio Desconocido

EDAD GESTACIONAL (Al momento del fallecimiento o en que terminó el embarazo) Semanas Desconocido

FECHA DE FALLECIMIENTO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA: HORAS _____ MINUTOS _____

LUGAR DE LA FALLECIMIENTO: EESS IGSS / GOBIERNO REGIONAL EESS EsSALUD EESS Sanidad FFAA/PNP

EESS Privado Trayecto Domicilio Otro

NOMBRE DEL EESS U OTRO LUGAR DE FALLECIMIENTO _____

PERMANENCIA (ESTADÍA) EN EL EESS : _____ DÍAS _____ HORAS _____ MINUTOS

DEPARTAMENTO (Fallecimiento): PROVINCIA: DISTRITO:

REFERENCIA

REFERIDA: SI NO EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:

DEPARTAMENTO (Origen de la referencia) PROVINCIA: DISTRITO:

CAUSAS DE DEFUNCIÓN

CAUSA FINAL PROBABLE:	CIE-10	CAUSA GENÉRICA
CAUSA INTERMEDIA PROBABLE:		<input type="checkbox"/> Hemorragia
CAUSA BÁSICA PROBABLE:		<input type="checkbox"/> Hipertensión gestacional
		<input type="checkbox"/> Infección/Sepsis
		<input type="checkbox"/> Otra causa _____



CLASIFICACIÓN INICIAL DE LA MUERTE MATERNA: Directa Indirecta Incidental Por determinar

NOMBRES Y APELLIDOS DEL NOTIFICANTE	PROFESIÓN	CARGO	FIRMA
-------------------------------------	-----------	-------	-------

CAUSA FINAL PROBABLE: Responsable directa de la muerte y la que justifica el desenlace fatal.
CAUSA INTERMEDIA PROBABLE: La complicación principal que lleva a la causa final de la muerte.
CAUSA BÁSICA PROBABLE: La enfermedad o afección que dio inicio a la cadena de eventos mórbidos que llevó a la muerte o las circunstancias del accidente o del episodio de violencia que produjeron una lesión fatal.



DIRECTIVA SANITARIA N° 036-MINSA/CDC-V.02
DIRECTIVA SANITARIA QUE ESTABLECE LA NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA

 PERÚ Ministerio de Salud		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		ANEXO 1 FICHA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA	 CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
I. DATOS NOTIFICACIÓN					
FECHA DE NOTIFICACIÓN: Día ____ Mes ____ Año ____			HORA DE LA NOTIFICACIÓN (24 horas) : Horas ____/Minutos ____		
DISA/DIRESA/GERESA QUE NOTIFICA:			RED DE SALUD:		
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE:					
IDENTIFICADO POR: VIGILANCIA ACTIVA <input type="checkbox"/> VIGILANCIA PASIVA <input type="checkbox"/>					
INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA: IGSS/GOBIERNO REGIONAL <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> Sanidad de FFAA/PNP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>					
Otra Institución <input type="checkbox"/> Especificar _____					
II. DATOS BÁSICOS DE LA FALLECIDA					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
EDAD	<input type="text"/> Años	N° DNI	<input type="text"/>	N° DE HISTORIA CLÍNICA	<input type="text"/>
DOMICILIO :					
Jr./Calle/Avenida/Comité/Sector		N°/Interior/Manzana/Lote		Urbanización/AAHH/Barrio/Comunidad/Localidad	
DEPARTAMENTO (Procedencia):		PROVINCIA:		DISTRITO:	
III. DATOS DEL FALLECIMIENTO					
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Embarazo <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>					
EDAD GESTACIONAL (Al momento del fallecimiento o en que terminó el embarazo) <input type="text"/> Semanas Desconocido <input type="checkbox"/>					
FECHA DE FALLECIMIENTO: DÍA ____ MES ____ AÑO ____			HORA: HORAS ____ MINUTOS ____		
LUGAR DE LA FALLECIMIENTO: EESS IGSS / GOBIERNO REGIONAL <input type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS Sanidad FFAA/PNP <input type="checkbox"/>					
EESS Privado <input type="checkbox"/> Trayecto <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
NOMBRE DEL EESS U OTRO LUGAR DE FALLECIMIENTO _____					
PERMANENCIA (ESTADÍA) EN EL EESS : _____ DÍAS _____ HORAS _____ MINUTOS					
DEPARTAMENTO (Fallecimiento):		PROVINCIA:		DISTRITO:	
REFERENCIA					
REFERIDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:			
DEPARTAMENTO (Origen de la referencia)		PROVINCIA:		DISTRITO:	
CAUSAS DE DEFUNCIÓN			CIE-10	CAUSA GENÉRICA	
CAUSA FINAL PROBABLE:				<input type="checkbox"/> Hemorragia	
CAUSA INTERMEDIA PROBABLE:				<input type="checkbox"/> Hipertensión gestacional	
CAUSA BÁSICA PROBABLE:				<input type="checkbox"/> Infección/Sepsis	
				<input type="checkbox"/> Otra causa _____	
CLASIFICACIÓN INICIAL DE LA MUERTE MATERNA: Directa <input type="checkbox"/> Indirecta <input type="checkbox"/> Incidental <input type="checkbox"/> Por determinar <input type="checkbox"/>					
NOMBRES Y APELLIDOS DEL NOTIFICANTE		PROFESIÓN		CARGO	
				FIRMA	

CAUSA FINAL PROBABLE: Responsable directa de la muerte y la que justifica el desenlace fatal.

CAUSA INTERMEDIA PROBABLE: La complicación principal que lleva a la causa final de la muerte.

CAUSA BÁSICA PROBABLE: La enfermedad o afección que dio inicio a la cadena de eventos mórbidos que llevó a la muerte o las circunstancias del accidente o del episodio de violencia que produjeron una lesión fatal.



VII. ANEXOS

Anexo 1

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA	FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN DE CASOS DE ETA																																																		
I. DATOS GENERALES DIRESA / DISA: _____ Red: _____ Microred: _____ Establecimiento: Hosp: [] CS [] PS [] Nombre: _____																																																			
II. DATOS DEL PACIENTE Apellidos: _____ Nombres: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: M [] F [] Padre / Madre o apoderado: _____ Ocupación: _____																																																			
DOMICILIO Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____ Dirección: _____ Referencia para localizar domicilio: _____																																																			
III. CUADRO CLÍNICO Fecha de inicio de síntomas ___/___/___ Hora: ___:___ Ambulatorio: [] Hospitalizado: [] Defunción: [] Relación con el brote de ETA: Manipulador: [] Comensal: [] Otra: []																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Signos y síntomas</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Ignora</th> <th>Fecha inicio</th> <th>Signos y síntomas</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Ignora</th> <th>Fecha inicio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>✓ Náuseas</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>___/___/___</td> <td>✓ Fiebre</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>___/___/___</td> </tr> <tr> <td>✓ Vómitos</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>___/___/___</td> <td>✓ Cefalea</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>___/___/___</td> </tr> <tr> <td>✓ Diarrea</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>___/___/___</td> <td>✓ Otra:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>✓ Dolor Abdominal</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>___/___/___</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Signos y síntomas	Si	No	Ignora	Fecha inicio	Signos y síntomas	Si	No	Ignora	Fecha inicio	✓ Náuseas	[]	[]	[]	___/___/___	✓ Fiebre	[]	[]	[]	___/___/___	✓ Vómitos	[]	[]	[]	___/___/___	✓ Cefalea	[]	[]	[]	___/___/___	✓ Diarrea	[]	[]	[]	___/___/___	✓ Otra:					✓ Dolor Abdominal	[]	[]	[]	___/___/___					
Signos y síntomas	Si	No	Ignora	Fecha inicio	Signos y síntomas	Si	No	Ignora	Fecha inicio																																										
✓ Náuseas	[]	[]	[]	___/___/___	✓ Fiebre	[]	[]	[]	___/___/___																																										
✓ Vómitos	[]	[]	[]	___/___/___	✓ Cefalea	[]	[]	[]	___/___/___																																										
✓ Diarrea	[]	[]	[]	___/___/___	✓ Otra:																																														
✓ Dolor Abdominal	[]	[]	[]	___/___/___																																															
Tratamiento: Nombre medicamento: _____ Inicio ___/___/___ Hora: ___:___																																																			
IV. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Día de la ingestión</th> <th>Alimentos ingeridos</th> <th>Fecha</th> <th>Lugar donde lo adquirió</th> <th>Observaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">En el día del inicio de los síntomas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">En el día anterior al inicio de síntomas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Dos días antes del inicio de síntomas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Día de la ingestión	Alimentos ingeridos	Fecha	Lugar donde lo adquirió	Observaciones	En el día del inicio de los síntomas													En el día anterior al inicio de síntomas													Dos días antes del inicio de síntomas																		
Día de la ingestión	Alimentos ingeridos	Fecha	Lugar donde lo adquirió	Observaciones																																															
En el día del inicio de los síntomas																																																			
En el día anterior al inicio de síntomas																																																			
Dos días antes del inicio de síntomas																																																			
V. LABORATORIO Fecha de toma de muestras: ___/___/___ Fecha de envío a laboratorio: ___/___/___ Fecha de recepción en laboratorio: ___/___/___ Resultado: _____																																																			
VI. OBSERVACIONES _____ _____ _____																																																			
Nombre de la persona que investiga el caso: _____ Cargo: _____ Firma: _____																																																			



Anexo 2

MINISTERIO DE SALUD		ANEXO 2 FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE FACTORES DE RIESGO RELATIVOS A LA INOCUIDAD DEL ALIMENTO EN BROTE DE ETA	
Nombre Inspector de Alimentos:		Fecha / Hora:	
Dependencia de Salud:			
I. ÁMBITO DE LOS ALIMENTOS IMPLICADOS EN EL BROTE (DISTRITO/PROV/DEPARTAMENTO)			
1	Lugar de Ocurrencia		
2	Fecha / Hora Ocurrencia		
3	Consumidores Afectados		
II. IDENTIFICACIÓN DEL ALIMENTO SOSPECHOSO			
	Alimento preparado sospechoso (nombre de sólido o bebible)	Ingredientes del Alimento Sospechoso	Alimento Elaborado Industrialmente Sospechoso (nombre y marca)
1			1
2			2
3			3
III. TIPO DE ESTABLECIMIENTO (marque X)			
2.1 Hogar	<input type="checkbox"/>	2.5 Industria	<input type="checkbox"/>
2.2 Restaurante	<input type="checkbox"/>	2.6 Venta callejera	<input type="checkbox"/>
2.3 Quiosco	<input type="checkbox"/>	2.7 Comedor	<input type="checkbox"/>
2.4 Servicio de alimentos	<input type="checkbox"/>	2.8 Otro	<input type="checkbox"/>
IV. OBSERVA NO CONFORMIDAD (Olor-Color-Sabor- Cuerpos extraños)			
	Alimento 1		
	Alimento 2		
	Alimento 3		
	Otros:		
V. PROVEEDORES DEL ALIMENTO (s) SOSPECHOSO (s)			
	Razón Social	Ubicación	Clasifique TIPO sg/ ITEM.III anterior. Raciones o productos del mismo lote producidos por el proveedor - N° TOTAL UNIDADES
1			
2			
3			
4			



GUÍA TÉCNICA PARA LA INVESTIGACIÓN Y CONTROL DE BROTES DE ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS

VII. RASTREABILIDAD Y CONTROLES DE PROCESO DEL ALIMENTO SOSPECHOSO						
Nombre inspector de alimentos:						Fecha / Hora:
INFORMACIÓN DEL ALIMENTO SOSPECHOSO 1						
Etapa recepción de ingredientes		Hora de llegada	Temp. °C refrigerado	Temp. °C congelado	Observaciones	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
Nombre inspector de alimentos:		Hora de inicio	Temperatura °C		Observaciones	
1	Preparación					
2	Acondicionado					
Etapa proceso de cocidos / precocidos		Hora de inicio	Temperatura °C		Observaciones	
1	Precocción					
2	Cocción					
3	Enfriamiento					
4	Acondicionado					
5	Envasado					
6	Almacenamiento					
Etapa transporte y distribución		Hora inicio	Hora término	T° inicio	T° recepción / servido	Observaciones
1	Transporte alimento preparado (b) caliente					
2	Transporte alimentos preparados (b) frío					
3	Transporte producto final (a) en cadena de frío					
Etapa entrega y expendio de alimentos		Hora inicio	Hora término	T° inicio	T° recepción / servido	Observaciones
1	Despacho a lugar o área de expendio					
2	Servido alimentos fríos a consumidores					
3	Servido alimentos calientes a consumidores					

(a) alimento de elaboración industrial que requiere conservación en cadena de frío (ej. yogurt, queso, jamonada, etc.)

(b) alimento preparado culinariamente sea bebible o sólido.

Firma del inspector:



GUÍA TÉCNICA PARA LA INVESTIGACIÓN Y CONTROL DE BROTES DE ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS

Nombre Inspector de alimentos:		Fecha / Hora:	
INFORMACIÓN DEL ALIMENTO SUSPECHOSO 2			
Etapa recepción de ingredientes	Hora de llegada	Temp. °C refrigerado	Temp. °C congelado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
Nombre inspector de alimentos:	Hora de inicio	Temperatura °C	
1 Preparación			
2 Acondicionado			
Etapa proceso de cocidos / precocidos	Hora de inicio	Temperatura °C	
1 Precocción			
2 Cocción			
3 Enfriamiento			
4 Acondicionado			
5 Envasado			
6 Almacenamiento			
Etapa transporte y distribución	Hora inicio	Hora término	T° recepción /servido
1 Transporte alimento preparado (b) caliente			
2 Transporte alimentos preparados (b) frío			
3 Transporte producto final (a) en cadena de frío			
Etapa entrega y expendio de alimentos	Hora inicio	Hora término	T° recepción /servido
1 Despacho a lugar o área de expendio			
2 Servido alimentos fríos a consumidores			
3 Servido alimentos calientes a consumidores			
(a) alimento de elaboración industrial que requiere conservación en cadena de frío (ej. yogurt, queso, jamonada, etc.)			
(b) alimento preparado culinariamente sea bebible o sólido.			
			Firma del Inspector:



GUÍA TÉCNICA PARA LA INVESTIGACIÓN Y CONTROL DE BROTES DE ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS

Nombre inspector de alimentos:		Fecha / Hora:		
INFORMACIÓN DEL ALIMENTO SOSPECHOSO 3				
Etapa recepción de ingredientes	Hora de llegada	Temp. °C refrigerado	Temp. °C congelado	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Nombre inspector de alimentos:	Hora de inicio	Temperatura °C		Observaciones
1: Preparación				
2: Acondicionado				
Etapa proceso de cocidos / precocidos	Hora de inicio	Temperatura °C		Observaciones
1: Precocción				
2: Cocción				
3: Enfriamiento				
4: Acondicionado				
5: Envasado				
6: Almacenamiento				
Etapa transporte y distribución	Hora inicio	Hora término	T° recepción / servido	Observaciones
1: Transporte a alimento preparado (b) caliente				
2: Transporte a alimentos preparados (b) frío				
3: Transporte producto final (a) en cadena de frío				
Etapa entrega y expendio de alimentos	Hora inicio	Hora término	T° recepción / servido	Observaciones
1: Despacho a lugar o área de expendio				
2: Servido a alimentos fríos a consumidores				
3: Servido a alimentos calientes a consumidores				

(a) alimento de elaboración industrial que requiere conservación en cadena de frío (e). yogurt, queso, jamonada, etc.)
 (b) alimento preparado culinariamente sea bebible o sólido.

Firma del inspector: _____



Anexo 3

MINISTERIO DE SALUD  **FORMATO DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DEL MANIPULADOR EN BROTE DE ETA**

Datos Generales	N° total	N° evaluados
Manipuladores del Establecimiento o local de actividad		
Nombre y ubicación del establecimiento		

Controles preventivos de salud del manipulador de alimentos	SI	NO	N° evaluados que NO CUMPLEN	Observaciones
exámenes y análisis clínicos para detectar manipuladores portadores asintomáticos	[]	[]		
registros diarios de verificación de la higiene y salud del manipulador	[]	[]		
registros de capacitación actualizados	[]	[]		
Enfermedades y lesiones infecciosas o recientes	SI	NO		Observaciones
En manos y brazos	[]	[]		
En rostro/cabeza y cuello	[]	[]		
Dolor de garganta	[]	[]		
Coriza y tos	[]	[]		
Diarrea	[]	[]		
Vómitos	[]	[]		
OTROS relacionados a las ETA	[]	[]		
Comportamiento personal	SI	NO		Observaciones
Cabello corto, limpio	[]	[]		
Uñas cortas, limpias y sin esmalte.	[]	[]		
No utiliza alhajas	[]	[]		
No come, no fuma, no saliva ni mastica chicle en zona de elaboración	[]	[]		
Verificación del lavado de manos:	SI	NO		Observaciones
Al inicio de las tareas (lavabos en sala de elaboración)	[]	[]		
Después de manipular alimentos crudos.	[]	[]		
Después de manipular residuos.	[]	[]		
Cada vez que concurre al baño.	[]	[]		
Ropa de trabajo	SI	NO		Observaciones
Usa guantes descartables sg/corresponda al procedimiento o etapa de elaboración	[]	[]		
Usa cofia/gorra	[]	[]		
Usa mascarilla	[]	[]		
Usa mandil/ropa de trabajo de color claro	[]	[]		
Usa calzado cerrado	[]	[]		

OBSERVACIONES

Nombre de la persona que llena la ficha: _____
 Cargo: _____ Firma: _____



Anexo 4

MINISTERIO DE SALUD		FORMATO DE MUESTRAS DE ALIMENTOS Y DE SUPERFICIES EN BROTE DE ETA	
1. Muestra a ser examinada:	Alimento preparado culinariamente () Alimento industrializado () Superficies ()		
2. Tipo de Muestra:	Alimento integro antes de su consumo () Restos de Alimento () Superficies: inerte () viva ()		
3. Fecha y hora de muestreo:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
4. Alimento industrializado:	Registro Sanitario:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	Nombre y Marca	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	N° Lote	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	Fecha de Producción	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	Fecha de Vencimiento:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	Peso y envase:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
5. N° Precinto de muestra:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
6. Lugar de Colecta: Empresa/ domicilio/area especifica dónde se colectó	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>		
7. Cantidad de muestra colectada (Unidades/Peso):	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
8. Conservación:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
9. Condiciones de envío al laboratorio:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
OBSERVACIONES			
Nombre de la persona que llena la ficha: _____			
Cargo: _____ Firma: _____			

[Handwritten signature]



MINISTERIO DE SALUD
Ficha de investigación Clínico Epidemiológica
de Vigilancia Síndrome Guillain Barré (código CE10: G61.0)

I. DATOS GENERALES

Sem.Epi.Nº

1.Fecha de Investigación:

2.DIRESA / GERESA 3.Red/Micro Red/Clas

4.Establecimiento de Salud Notificante E.S. II-1 E.S. II-2

E.S.III-1 E.S.III-2

II. DATOS DEL PACIENTE

5.Historia clínica N°

6.Apellido paterno Apellido materno Nombres 7.DNI

8.Fecha Nac. 9.Edad 10.Sexo M F

11.Departamento 12.Provincia 13.Distrito 14.Localidad(Cas.A.H,Urb.Resid,etc) 15.Dirección

16.Ocupación 17.Teléfono del paciente o familiar

18.Servicio de Hospitalización 19.Fecha Admisión en el EESS

III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

20.¿En que lugar estuvo hasta los 30 días previos al inicio de la parálisis?

21.País Fecha de llegada

Fecha de llegada

Fecha de llegada

22.Departamento 23.Provincia 24.Distrito 25.Localidad(Cas.A.H,Urb.Resid,etc) Dirección

26.Antecedentes de enfermedad 4 semanas antes de inicio de parálisis Si No

27. Enfermedad crónica ¿Cuál?

Infección de las vías respiratorias altas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha.Inicio <input type="text"/>	Fecha.term <input type="text"/>
Infección gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha.Inicio <input type="text"/>	Fecha.term <input type="text"/>
Síndrome febril	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha.Inicio <input type="text"/>	Fecha.term <input type="text"/>
Exantema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha.Inicio <input type="text"/>	Fecha.term <input type="text"/>
Conjuntivitis no purulenta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha.Inicio <input type="text"/>	Fecha.term <input type="text"/>
Dolores articulares	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha.Inicio <input type="text"/>	Fecha.term <input type="text"/>
Dolores musculares	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha.Inicio <input type="text"/>	Fecha.term <input type="text"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha.Inicio <input type="text"/>	Fecha.term <input type="text"/>

28.Medicación frecuente

29.Riesgo de intoxicación por Metales pesados órganos fosforados Si No

30.Antecedentes de vacunación previa antes de los 40 días Si No

Marque cual:Influenza estacional, Hepatitis B,Virus papiloma humano,dT, otra (especifique) Fecha

31.¿Conoce de otras personas que presentaron fiebre y dolores articulares en los últimos 14 días? Si No

IV. ENFERMEDAD ACTUAL - EVALUACIÓN CLÍNICA

Signos y Síntomas (Marque con una X los síntomas y signos que presente el paciente)

Fecha de inicio de debilidad muscular

Fecha de ingreso al Hospital y Servicio

Progresión de parálisis

Ascendente Descendente

Evaluación de Fuerza Muscular

Prox Dist.

Emplear la Escala de Fuerza Muscular de Medical Research Council (MRC):

0 No contracción, músculo paralizado

1 Palpable intento de contracción muscular

2 Movimiento completo di no se opone la gravedad

3 Movimiento completo solo contra la gravedad

4 Movimiento completo contra gravedad y resistencia mod.

5 Movimiento completo contra gravedad y resistencia

Evaluación de Reflejos Osteotendinosos

Der. Izq.

Emplear la siguiente Escala

0 No hay respuesta

+ Hiporreflexia

++ Normorreflexia

+++ Hiperreflexia

++++ Hiperreflexia con clonus

Evaluación de Pares Craneales

Normal Paresis

Facial Izq.

Facial Der.

IX-X Izq.

IX-X Der.

Trigémino Izq.

Trigémino Der.

III-IV-VI Izq.

III-IV-VI Der.

Evaluación de Tono Muscular

Distm Aus Norm Ign

Miembro Sup.Izq.

Miembro Sup.Der.

Miembro Inf.Izq.

Miembro Inf. Der.

Signos de Irritación Meningea

Aus Pres Ign

Rigidez de nuca

Kerning

Brudzinski

Lasegue

[Handwritten signature]

V. EXÁMENES DE LABORATORIO

Examen	Fecha	Resultados					Observaciones
LCR	<input type="text"/>	Leuc.:	%PMN:	%MON:	Proteínas:	Glucosa:	
Electromiografía	<input type="text"/>						
Investigación de agentes etiológicos							
Campylobacter jejuni	<input type="text"/>						
Citomegalovirus	<input type="text"/>						
Virus Epstein Barr	<input type="text"/>						
Herpes virus	<input type="text"/>						
Hemophilus influenza	<input type="text"/>						
mycoplasma pneumoniae	<input type="text"/>						
Hepatitis B	<input type="text"/>						
Hepatitis C	<input type="text"/>						
VIH	<input type="text"/>						
Chikungunya	<input type="text"/>						
Dengue	<input type="text"/>						
Enterovirus	<input type="text"/>						
Otro ¿Cuál?	<input type="text"/>						
Estudios para zika		Tipo de muestra Suero <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/>					
RT_PCR	<input type="text"/>						
Serología IgM	<input type="text"/>						

VI. EVOLUCIÓN

29. Fecha de Hospitalización 30. Evolución de la enfermedad

Curado
 Fallecido
 Secuela
 Referido

Fecha

Tratamiento

Plasmaféresis

Si	No
----	----

 N° veces

Inmunoglobulina Endovenosa

Si	No
----	----

Ventilación Mecánica

Si	No
----	----

VII. CLASIFICACIÓN

Los casos que ingresen al sistema de vigilancia se clasifica en:

31. SGB Confirmado 32. SGB Descartado 33. SGB Sospechoso en rel con Zika

Nivel de certeza (I, II ó III)

34. SGB Confirmado en rel con Zika 35. SGB Descartado en rel con Zika

IX. OBSERVACIONES

VIII. INVESTIGADOR

Nombre del Investigador

Cargo

Teléfono

Fecha de llenado de la ficha (*)

(*) Formato de fecha (dd/mm/aa)

Firma y Sello



FORMULARIO

FOR-001DIR-CNSP-00X

FICHA PARA DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

Edición N° 01

Registro N°

MUESTRA(S) ENVIADAS PARA INVESTIGACIÓN DE BROTE. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ARTICULAR:

- CONTROL DE CALIDAD
- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
-

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

DIRECCIÓN: _____ ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ TELEFONO: _____

DATOS DE L PACIENTE

DNI: _____

SEXO: M F
NOMBRE: _____ EDAD: _____
APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ SEXO: _____
OCUPACIÓN: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE RESIDENCIA:

DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____ DEPARTAMENTO: _____

DATOS CLINICOS EPIDEMIOLOGICOS

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: ____/____/____
FECHA DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA: ____/____/____
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: _____

VIAJES: _____
CONTACTO CON ANIMALES: _____
TRATAMIENTO RECIBIDO: _____
Otros: _____

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Fiebre
- Ictericia
- Erupción dérmica
- Tos
- Mialgia
- Compromiso sensorio
- Conjuntivitis
- Parálisis
- Otros síntomas
- Diarrea
- Pelequias
- Hemorragia
- Adenomegalia
- Dolor Articular
- Rinorrea
- Dolor Abdominal
- Cefalea
- No refiere

MUESTRA QUE SE ENVIA

- Suero
- Sangre Total
- Heces
- LCR
- Secreción
- Biopsia
- Esputo
- Orina
- Otros

EXAMEN SOLICITADO

PRUEBAS REALIZADAS

Hora de Toma de Muestra:

Permitido por:

Firma:

Fecha:

Registrador INS:

Informante:



DIRECTIVA SANITARIA N° 004 -Minsa/DGE - V.01
 DIRECTIVA SANITARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER
 REGISTROS HOSPITALARIOS

FICHA DE NOTIFICACION

Hospital	Número de Ficha			<input style="width: 100px;" type="text"/>												
	Fecha de Admisión	N° HC / N° Autogenerado (EsSalud)	Fecha de Último Control	Clase de Caso												
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 40%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 20%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 20%;"><input type="text"/></td> </tr> </table>					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>													
Paciente	Paciente: _____															
	Sexo	Nombres	Apellido paterno	Apellido Materno												
	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad*	A () M () D ()												
			*Calcular según Fecha de Nac.													
	Grado de Instrucción	Ocupación	_____													
	Tipo de Documento:	N° Documento:	<input type="text"/>													
	Lugar de Nacimiento	_____														
	Departamento		Provincia	Distrito												
	Lugar de Residencia		_____													
	Departamento		Provincia	Distrito												
Domicilio		Teléfono Fijo	Móvil													
Condición de Asegurado	<input type="text"/>															
Persona de Referencia	_____															
Tipo de Parentesco	Nombres	Apellido paterno	Apellido Materno													
<input type="text"/>		Teléfono de Referencia _____														
Dirección de Referencia	_____															
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Tipo de Referencia</td> <td style="width: 30%;">Fecha de Referencia</td> <td style="width: 40%;">Tiempo de Enfermedad (días)</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Región que refiere</td> <td>Servicio que refiere</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>					Tipo de Referencia	Fecha de Referencia	Tiempo de Enfermedad (días)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Región que refiere		Servicio que refiere	_____		_____
Tipo de Referencia	Fecha de Referencia	Tiempo de Enfermedad (días)														
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>														
Región que refiere		Servicio que refiere														
_____		_____														
Diagnóstico	Dx Clínico de Cáncer _____															
	Clasificación TNM:	T <input type="text"/>	N <input type="text"/>	M <input type="text"/>												
				Fecha de Primer Dx <input type="text"/> (Fecha de Incidencia)												
	Estadio Clínico	<input type="text"/>														
	Método de Primer Diagnóstico	Departamento/Servicio														
	1 () Programa de Detección/Tamizaje	1 () Medicina														
	2 () Hallazgo incidental por Exploración Clínica	2 () Cirugía														
	3 () Hallazgo incidental por Exploración Endoscópica	3 () Ginecología														
	4 () Hallazgo incidental por Imágenes	4 () Pediatría														
	5 () Hallazgo incidental por Exploración Quirúrgica	5 () Emergencia														
6 () Presentación Clínica (con síntomas)	6 () Oncología															
7 () Hallazgo incidental en la Autopsia	7 () Cirugía Pediátrica															
8 () Otros	8 () Otros															
9 () Desconocido	9 () No Especificado															
Topografía (CIE - O)	<input type="text"/>															
Morfología (CIE - O)	<input type="text"/>															
Grado Diferenciación	<input type="text"/>															
Lateralidad	<input type="text"/>															
Base del Dx	Diagnóstico Histológico _____															
1 () Sólo por Certificado de Defunción	_____															
2 () Solamente Clínico	_____															
3 () Por Imágenes: RX, Ecografía, TAC/RM	_____															
4 () Por Endoscopia, Colonoscopia, IVAA, etc.	_____															
5 () Cirugía Exploradora	_____															
6 () Exámenes bioquímicos y/o inmunológicos	_____															
7 () Citología o Hematología Lámina	_____															
8 () Histología de Metástasis	_____															
9 () Histología de Tumor Primario	_____															
10 () Autopsia	_____															
11 () Base de Diagnóstico Desconocida	N° Anat- Patológica <input type="text"/>															

FICHA EPIDEMIOLÓGICA CASO DE HIDATIDOSIS HUMANA

Institución: DIRESA MOQUEGUA

INVESTIGADOR:

Nombre del caso: Edad: Sexo:
 Dirección:

1 ¿ Donde vivió los primeros 10 años de su vida?.....

2 Posee agua potable **SI** NO

3 Potabiliza el agua **SI** NO

4 Posee perros SI **NO**

5 Desparasitan perros SI **NO**

6 Faenan animales SI **NO**

7 Y los vecinos **SI** NO

7 Procedencia de animales faenados: Localidad.....

8 ¿Qué hacen con las Visceras? Quema SI **NO**
 Basura SI NO
 Se las dan al Perro: Cocida SI NO
 Cruda SI NO

9 ¿Qué lugar visitan frecuentemente Camal SI **NO**
 Chacras **SI** NO
 Campo **SI** NO

10 Crían animales en casa: **SI** NO

1. Salen a la Calle sus animales: **SI** NO

11 ¿Llevan a su/s perro/ s a los lugares que visita? SI **NO**

12 Si hoy no realizan alguna de estas actividades, Ud. ¿recuerda algún momento haberlas realizado o algún integrante de su familia.?

Compran Visceras:

11 En el Camal **SI** No

12 En el Mercado **SI** No

13 En la Feria del Sábado: **SI** NO

14 Come Ud. Visceras en la Calle: Frecuente A veces Nunca

15 Síntomas - Signos Clínicos:

16 Radiografía:

17 Laboratorio:

18 Diagnósticos Presuntivos:



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

ENFERMEDAD DE LEISHMANIASIS

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLINICO EPIDEMIOLOGICA

CASO PROBABLE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA: Todo paciente procedente o residente de zonas endémicas o de nueva área de transmisión de leishmaniasis, con un cuadro clínico caracterizado por la presencia de una o múltiples lesiones cutáneas, al inicio maculo pápulas, pruriginosas o no, que progresan a lesiones generalmente tipo ulcerosa, redondeada, indolora con bordes bien definidos, de base eritematosa, levantado e indurado, de tiempo de evolución no menor de 4 semanas y falta de respuesta al tratamiento antibiótico convencional.

CASO PROBABLE DE LEISHMANIASIS MUCOSA: Todo paciente procedente o residente de zonas endémicas o de nueva área de transmisión de leishmaniasis, con un cuadro clínico caracterizado por la presencia de una o múltiples lesiones granulomatosas elevadas o ulcerosas de la mucosa nasal, paladar blando, rinofaringe, faringe, laringe o labio superior, generalmente con antecedente, de lesiones cutáneas activas o cicatrizadas, habiéndose excluido la lesión por otras patologías.

CASO PROBABLE DE LEISHMANIASIS VISCERAL: Todo paciente que proviene de un área endémica o de otra donde está ocurriendo un brote y presenta alguno de estos síntomas: Fiebre de más de 2 semanas, esplenomegalia, hepatomegalia, adenomegalia, anemia y pérdida de peso.

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Lugar de Nacimiento: (Distrito, Provincia, Departamento) _____

Edad: _____

Residencia habitual: _____

Dirección: Av. / Jr. / Calle _____ N° _____ Mz _____ Lote: _____

Localidad: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

II. ANTECEDENTE EPIDEMIOLOGICO

Lugar de contagio

Localidad: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Tiempo de permanencia en el lugar de contagio: _____ (días/meses/años)

Actividad que desarrollo durante el contagio: () Agricultura () Extracción de Madera () Extracción de oro () Estudiante ()
() Industria petrolera () Comerciante () Fuerzas Armadas () Biólogo/Investigación () Turismo () Su casa ()
() Comerciante () Otros

Existe otras personas con lesiones similares en su vivienda o localidad? Si () NO ()

III. DATOS CLINICOS

Síntomas: Dolor en la lesión () Fiebre () Prurito local () Tupidez nasal () Disfonía leve () Disfonía moderada () Disfonía grave ()

Dificultad respiratoria leve () Dificultad respiratoria moderada () Dificultad respiratoria severa () Tos () Pérdida de peso ()

Antecedente de otras enfermedades: TBC () VIH () Enf. De Chagas () Otras: Especificar _____

Alergia medicinas: SI NO

Fecha de última regla: ___/___/___ MAC usado: _____

Medicinas usadas actualmente: _____

CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES CUTÁNEAS : # de lesiones activas: _____ # de Cicatrices: _____

#	FECHA DE INICIO	TIPO	LOCALIZACION	GANGLIOS SI/NO	INFECCIÓN SI/NO	DIAMETROS (mm)	SUPERFICIE (MM2)

Tipo: 1-Ulcera 2-Nódulo 3-Verrugosa 4- Cicatriz

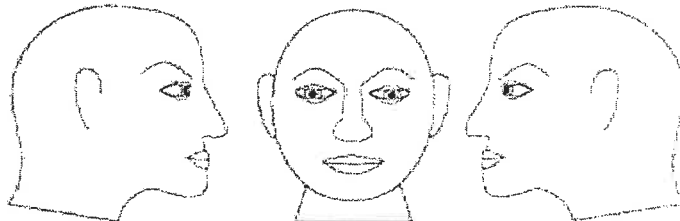
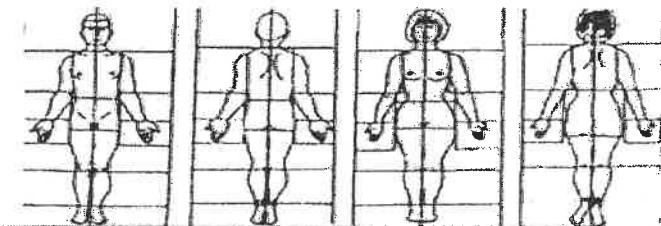
Localización: 1-Cabeza 2-Miembro superior 3-Miembro inferior 4-Torso 5-Pelvis

Diámetros: Bordes de úlcera Area: (d1 x d2)/4 mm2



ENFERMEDAD DE LEISHMANIASIS

MACAR Y NUMERAR LAS LESIONES

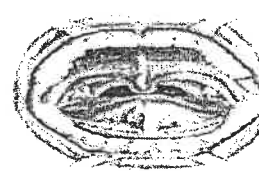
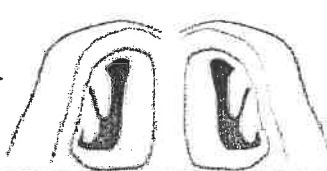


ENFERMEDAD MUCOSA SI ()

NO () Fecha de inicio de síntomas

Tiempo años

Meses



COMPROMISO DE ESTRUCTURAS

	Compromiso	Erit	Edema	Inf	Ulc	N° de lesiones y características
Nariz						
Narinas						
1/3 anterior						
Septo Nasal						
Cornetes						
Boca						
Labios						
Arcada						
Paladar						
Uvula						
Faringe						
Epiglotis						
Cuerdas vocales						
Otros						
Signos leishmaniasis visceral						
Hepatomegalia						
Esplenomegalia						
Adenomegalia						
Anemia						
Pérdida de peso						
Anorexia						
Adenopatías						
		Epistaxis				
		Hemorragia gingival				
		Debilidad progresiva				
		desnutricion				
		edema				
		Alteraciones de la piel				
		Ascitis				

VI. PRUEBAS DE LABORATORIO

FROTIS DIRECTO		CULTIVO			HISTOPATOLOGIA			IDR		ELISA		PCR
FECHA	RESULT	FECHA	TIPO	RESUL	FECHA	TIPO	RESULT	FECHA	RESULT	FECHA	RESULT	

DIAGNOSTICO

LEISHMANIA CUTANEA LEISHMANIA MUCOSA LEISHMANIA VISCERAL

Primer episodio Reinfeción Recai da Falla al tratam. Trat. adecuado

Trat. Inadec.

Ficha llenada por: médico () enfermera () Otros profes. Salud () Téc. Enfermería ()
 Otros : _____ Especificar: _____

FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE SÍFILIS MATERNA Y SÍFILIS CONGENITA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres de la Madre:		Código: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> (DNI Madre)
Apellidos y Nombres del Niño:		
Establecimiento de Salud Notificante:		Nivel del establecimiento:
Institución: <input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP <input type="checkbox"/> Privado		<input type="checkbox"/> I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> III-1
DISA/DIRESA/GERESA:		Red: _____ Microrred: _____
Fecha de Notificación e Investigación: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="text"/> <input type="text"/> Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año </div>		Semana Epidemiológica N° <input type="text"/> <input type="text"/> Investigación de: <input type="checkbox"/> Sífilis materna <input type="checkbox"/> Sífilis congénita

II. SÍFILIS MATERNA

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA MATERNA	1. Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	2. Edad: <input type="text"/> años
--	--	------------------------------------

3. Lugar de residencia (habitual): País: _____ Departamento _____
 Provincia: _____ Distrito _____ Localidad _____

EMBARAZO ACTUAL	4. Fecha de inicio de último periodo menstrual: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Desconocido Día Mes Año	5. Recibió atención prenatal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (ir a pregunta 8) <input type="checkbox"/> Desconocido (ir a pregunta 8)
------------------------	--	---

6. Fecha de primer control prenatal: <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	7. Edad gestacional en el primer control prenatal: _____ semanas
---	--

8. Indique las fechas y resultados de la primera (a) y la más reciente (b) prueba no treponémica (RPR, VDRL) realizada durante la gestación, parto o puerperio:

Fecha (día/mes/año)	Resultados	Título	Momento
a. ___/___/___	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	1: ___	Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>
b. ___/___/___	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	1: ___	Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>

9. Indique las fechas y resultados de la primera (a) y la más reciente (b) prueba treponémica (TPHA, TPPA, FTA Abs, ELISA, Prueba Rápida o Dual) realizada durante la gestación, parto o puerperio:

Fecha (día/mes/año)	Tipo de prueba	Resultados	Momento
a. ___/___/___	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>
b. ___/___/___	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>

10. Durante el embarazo ¿fue la madre adecuadamente tratada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No. Indicar el motivo: <input type="checkbox"/> Tratamiento sin penicilina <input type="checkbox"/> Tratamiento durante los 30 días previos al parto <input type="checkbox"/> No inició tratamiento durante la gestación <input type="checkbox"/> Tratamiento incompleto (1 ó 2 dosis)	11. Contacto(s) sexual(es) tratado(s): <input type="checkbox"/> Sí N° <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	12. Clasificación de caso de sífilis en la gestante: <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado (Falso positivo) <input type="checkbox"/> Descartado (Sífilis Memoria)
---	---	---

III. SÍFILIS CONGÉNITA

<p>13. Fecha de parto/culminación de embarazo:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Día Mes Año</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>14. Lugar del Parto/culminación del embarazo:</p> <p><input type="checkbox"/> Establecimiento de salud:</p> <hr/> <p>Nivel Estab: <input type="checkbox"/> I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> III-1</p> <p><input type="checkbox"/> Domicilio</p>	<p>15. Estado vital</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo (ir a pregunta 17)</p> <p><input type="checkbox"/> Nació vivo, luego falleció (ir a preg. 16)</p> <p><input type="checkbox"/> Mortinato (ir a pregunta 17)</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto (ir a pregunta 17)</p>
<p>16. Fecha de fallecimiento:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Día Mes Año</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>17. Peso al nacimiento:</p> <p>_____ gramos</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>18. Edad gestacional estimada:</p> <p>_____ semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p>(Si el producto fue mortinato o aborto, ir a pregunta 21)</p>
<p>19. Indique cuál o cuáles criterios cumple el producto de la gestación para ser considerado caso de sífilis congénita: (marque todas las que apliquen)</p> <p><input type="checkbox"/> Madre con sífilis, que no recibió tratamiento o fue tratada inadecuadamente</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de títulos de análisis no treponémicos cuatro veces mayor que los títulos de la madre:</p> <p>Fecha de los test: ___/___/_____ <input type="checkbox"/> Desconocido Título Madre: _____ Título Niño: : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Niño con manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita (al examen físico o evidencia radiográfica)</p> <p><input type="checkbox"/> Demostración de <i>Treponema pallidum</i> en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.</p> <p><input type="checkbox"/> Niño mayor de 2 años de edad; con signos clínicos de sífilis secundaria en el que se ha descartado el antecedente de abuso sexual o contacto sexual.</p>		
<p>20. ¿Fue el niño tratado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con penicilina G sódica o penicilina G procaínica por \geq 10 días</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con penicilina benzatínica x 1 dosis</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con otro tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> No recibió tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>21. Clasificación final del niño, mortinato o aborto.</p> <p><input type="checkbox"/> Sífilis congénita</p> <p><input type="checkbox"/> Niño expuesto a sífilis, no infectado</p>	
<p>Nombres y Apellidos del notificador :</p>	<p>Firma y Sello del notificador:</p>	



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección de Redes Integradas
de Salud Lima Sur

VARICELA COMPLICADA
FICHA DE INVESTIGACION CLINICO-EPIDEMIOLOGICA

DEFINICION DE CASO DE VARICELA COMPLICADA

Todo caso que presente fiebre, erupción generalizada pruriginosa de inicio máculo-papular que evolucionan a vesículas y costras, afectando piel y mucosas, que presente algunas de las siguientes complicaciones: neurológicas, pulmonares, infecciones sobre agregadas dérmicas, sepsis, síndrome de Reye u otra que amerite hospitalización.

CODIGO DE REGISTRO N°	Fecha de conocimiento local	Fecha de Investigación (visita domiciliaria)	Fecha notificación EE SS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a Dirección de Salud	Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

DISA/ DIRESA/GERESA _____ RED _____ Nombre del EESS _____
 Captación del caso: Notificación regular _____ Búsqueda activa _____ Defunción _____

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellidos paterno _____ Apellidos materno: _____ Nombres : _____ DNI _____
 Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad _____ Años / Meses Sexo M [] F [] Nombre de la madre: _____
 Telef. _____

Domicilio actual:

Departamento _____	Nombre de zona _____
Provincia _____	Tipo de vía Av. Jr. Calle Psj. Otro _____
Distrito _____	Nombre de vía _____
Localidad _____	Número/Km./Mz. _____

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

III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN

Institución	Si/ No	Nombre del lugar	Dirección	N° de personas	
				Sanas	Enfermas
Casa					
Nido/guardería					
Colegio					
Universidad/Instituto					
Centro de trabajo					
Establecimiento de salud					
Otros (especificar)					

IV. CUADRO CLÍNICO**VARICELA COMPLICADA (SI) (NO)**

Fecha inicio de fiebre: ___/___/___ N° días duración ()
 Temperatura: _____ °C

Fecha inicio erupción: ___/___/___ N° días duración ()
 Tipo de lesión dérmica: macula () pápula () vesícula () costra ()

Complicaciones			Comorbilidad		
Cerebelitis/Ataxia	(Si)	(No)	Inmunosupresión	(Si)	(No)
Encefalitis	(Si)	(No)	Asma	(Si)	(No)
Neumonía	(Si)	(No)	Obesidad	(Si)	(No)
Sepsis	(Si)	(No)	Insuficiencia renal	(Si)	(No)
Infección de piel o partes blandas	(Si)	(No)	Cáncer	(Si)	(No)
Sangrado (donde)	(Si)	(No)	Enfermedades cardíacas	(Si)	(No)
Lesiones orales	(Si)	(No)	Malformación congénita	(Si)	(No)
Lesiones periorbitales	(Si)	(No)	Desordenes metabólicos	(Si)	(No)
Síndrome de Reye	(Si)	(No)	Otras (especificar)		
Deshidratación	(Si)	(No)			

Hospitalizado (Si) (No)	Fecha ingreso: ___/___/___ Fecha de alta: ___/___/___	Que Hospital:	N°H.C
Fallecido (Si) (No)	Fecha ___/___/___	Causa de muerte:	
Gestante: (Si) (No)	N° semanas de gestación	Este caso tuvo contacto con gestante (SI) (NO) en que fecha _____	
		Semanas de gestación en que sucedió el contacto _____	

VI. APOYO AL DIAGNOSTICO

LABORATORIO INS

Estudios específicos para varicela (Solo para casos especiales)

Tipo de muestra	Fecha de obtención de 1° muestra	Fecha envío EE SS, Red / Microrred	Fecha envío Red / Microrred a DIRESA	Fecha envío DIRESA a INS	Fecha emisión resultado INS	Resultado	Observaciones
Suero							
Hisopado de vesícula							

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

ESTUDIOS DE IMAGENES

Rayos x/ TAC cerebral/ Ecografía: (Si) (No)	Fecha / /	Impresión diagnóstica ()
Otros:		
Observaciones :		

EXAMENES DE LABORATORIO

Hemocultivo/cultivos de secreción: (Si) (No)	Fecha / /	Resultados:
Transaminasas/Plaquetas/Electrolitos: (Si) (No)	Fecha / /	Resultados
Observaciones :		

IX. ACTIVIDADES DE CAMPO

ACCIONES DE CONTROL (Iniciar de inmediato cuando se presente un caso probable)

Aislamiento (Si) (No)	
-----------------------	--

X. OBSERVACIONES

Nombre de la persona que investiga el caso: _____	Teléfono _____
Cargo _____	email _____
Firma _____	

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – Ministerio de Salud
 Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01 – 531 – 4500, Calle Daniel Olachea 199, Jesús María - Lima 11

INFOSALUD 0800-10828

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica

Nombre de gestante: _____ Fecha de contacto: ____/____/____

Hubo casos reportados de sarampión en los últimos 30 días en su jurisdicción 1 = Sí, con sarampión; 2 = Sí, con rubéola; 3 = Sí, con ambos; 4 = No; 99 = Desconocido

Se han reportado otras enfermedades eruptivas febriles en su jurisdicción 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido ¿Cuál(es)? _____

VIII. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN (CONSIDERAR ENTRE 7 A 30 DÍAS ANTES DEL INICIO DE ERUPCIÓN CUTÁNEA)

Lugar y/o institución	Dirección	Localidad/Distrito	Provincia	Departamento	Referencia para localizar	Tiempo de permanencia en zona (días)

Entre 7 a 30 días antes de la erupción cutánea, el caso tuvo contacto con: 1 = Contacto con extranjeros; 2 = Visitó establecimiento de salud; 3 = Recibió visitas en casa; 4 = Asistió a celebraciones masivas (religiosas, festividades, sociales, etc.); 5 = Otros

Paciente viajó entre los 7 a 30 días antes del inicio de la erupción Especificar otros: _____
1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

Si viajó, especificar

	País	Localidad, Distrito, Provincia (Perú), Ciudad (Extranjero)	Fecha de ingreso	Transporte*	Fecha de salida	Transporte*
1			____/____/____		____/____/____	
2			____/____/____		____/____/____	
			____/____/____		____/____/____	

* 1 = Aéreo; 2 = Terrestre; 3 = Marítimo; 4 = Otro

Ingresar Longitud y Latitud de domicilio del paciente: Longitud: _____ Latitud: _____

IX. CLASIFICACIÓN FINAL (MÁXIMO HASTA 4 SEMANAS DESPUÉS DE CONOCIDO EL CASO)

Clasificación Final 1 = Sarampión; 2 = Rubéola; 3 = Descartado

Criterio para confirmación 1 = Laboratorio; 2 = Nexo epidemiológico; 3 = Clínica

Si fue confirmación por Laboratorio, indicar resultado 1 = IgM Indirecta(+); 2 = Seroconversión de IgG Indirecta; 3 = PCR (+)

Criterio para descartar 1 = Sarampión/Rubéola IgM-neg; 2 = Reacción vacunal*; 3 = Dengue; 4 = Parvovirus B19; 5 = Herpes 6; 6 = Reacción alérgica; 7 = Zika; 8 = Otros

(*) Estos casos sólo podrán ser clasificados como tal luego de estudio adicional correspondiente según directiva. Otro criterio de descarte: _____

Clasificación según fuente de infección (Para proceso de eliminación del Sarampión) 1 = Importado; 2 = Relacionado a importación; 3 = Fuente desconocida; 4 = Local o Autóctono

Si es importando, indicar país de importación: _____

Fecha de clasificación final ____/____/____ Clasificado por: _____

Observaciones: _____

X. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS

Búsqueda activa institucional 1 = Sí; 2 = No Total de Dx. Revisados Casos nuevos Ingresados al sistema Casos que ya existían en el sistema
Búsqueda activa comunitaria 1 = Sí; 2 = No N° casos que cumplen definición de caso N° casos nuevos que ingresan al sistema N° casos que ya se encuentran en sistema de vigilancia
Casas abiertas (BA) Casas cerradas (BA) Casas abandonadas (BA) Total casas

ORDENA DE TRANSMISIÓN: Objetivo: Identificar casos secundarios. Instrucciones:

a) Tomar como referencia la fecha de inicio de erupción del caso en investigación b) Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 4 días antes y 4 días después del inicio de la erupción c) Registrar en orden cronológico en la siguiente tabla d) Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 30 días a partir del primer contacto con el caso. Para los que inicien erupción se apertura nueva ficha.

Fecha del contacto	Lugar de contacto: puede ser su domicilio, un colegio, etc. en una Localidad o Distrito	Nombre del contacto	Edad	Dirección	Celular	Vacunado dentro de 72 horas del contacto con caso*	Fecha de vacunación	Fecha de inicio erupción
____/____/____							____/____/____	____/____/____
____/____/____							____/____/____	____/____/____
____/____/____							____/____/____	____/____/____
____/____/____							____/____/____	____/____/____

* 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

Fecha de último día de seguimiento de contactos: ____/____/____

2. ACCIONES DE CONTROL (Iniciar de inmediato cuando se presente UN caso sospechoso)

¿Se realizó bloqueo vacunal en la comunidad? 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido (obligatorio para niños de 1 - 4 años)

Fecha inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

Localidad(es) _____

¿Se realizó monitoreo rápido de coberturas (MRC)? 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

Número de vacunados en bloqueo en comunidad

<1 año	1-4 años	5-14 años	>15 años	Total VAC

Porcentaje de vacunados encontrados en monitoreo

XI. DATOS DE LA PERSONA QUE INVESTIGA EL CASO

Nombre de la persona que investiga el caso: _____ Teléfono: _____

