



Ficha de investigación clínico epidemiológica

I. DATOS GENERALES:		Sem. Epid. N° <input type="text"/>	
1. Fecha de investigación <input type="text"/>			
2. Dirección de Salud: <input type="text"/>	3. Red/ Micro Red/ Clas <input type="text"/>		
4. Establecimiento de salud notificante <input type="text"/>	E.S. I-1 <input type="checkbox"/>	E.S. I-3 <input type="checkbox"/>	E.S. II-1 <input type="checkbox"/>
	E.S. I-2 <input type="checkbox"/>	E.S. I-4 <input type="checkbox"/>	E.S. II-2 <input type="checkbox"/>
			E.S. III-1 <input type="checkbox"/>
II. DATOS DEL PACIENTE		5. H.Clinica N° <input type="text"/>	
6. A. Paterno <input type="text"/>	A. Materno <input type="text"/>	Nombres <input type="text"/>	7. D.N.I <input type="text"/>
		Fecha de nacimiento <input type="text"/>	8. Edad <input type="text"/>
			9. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
10. Dirección <input type="text"/>	11. Localidad (AH, Urb, Resid, etc) <input type="text"/>	12. Distrito <input type="text"/>	13. Provincia <input type="text"/>
14. Departamento <input type="text"/>			
III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS			
Lugar donde probablemente se produjo la actual infección ¿En qué lugar o lugares estuvo en los últimos 14 días?			
1.- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Departamento <input type="text"/>		16. Provincia <input type="text"/>	17. Distrito <input type="text"/>
		18. Localidad (Cas., A.H., Urb., Resid., etc.) <input type="text"/>	19. Para S.I.G <input type="text"/>
20. Tuvo dengue anteriormente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Año <input type="text"/>	21. Vacunación Antiamarílica: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Año <input type="text"/>
IV. DATOS CLINICOS		22. Fecha de inicio de síntomas <input type="text"/>	
		23. Fecha de obtención de muestra <input type="text"/>	
24. Signos y síntomas.	Manifestaciones de sangrado	Señales de alarma	Signos de choque
	Si No	Si No	Si No
Fiebre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematemesis (Vómito con sangre) <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal intenso y continuo <input type="checkbox"/>
Artralgias <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Melena (deposiciones negras) <input type="checkbox"/>	Dolor torácico o disnea <input type="checkbox"/>
Mialgias <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epistaxis (sangrado nasal) <input type="checkbox"/>	Vómitos persistentes <input type="checkbox"/>
Cefalea <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gingivorragia (Sangrado de encías) <input type="checkbox"/>	Disminución brusca de la T° o hipotermia <input type="checkbox"/>
Dolor ocular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ginecorragia (sangrado transvaginal) <input type="checkbox"/>	Disminución de la diuresis <input type="checkbox"/>
Dolor lumbar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Petequias <input type="checkbox"/>	Decaimiento excesivo o lipotimia <input type="checkbox"/>
Erupción cutánea <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equimosis <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia o ictericia <input type="checkbox"/>
Falta de apetito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematuria (Sangre en la orina) <input type="checkbox"/>	Disminución de plaquetas <input type="checkbox"/>
Dolor de garganta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esputo hemoptico <input type="checkbox"/>	Incremento del hematocrito <input type="checkbox"/>
Náusea <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros sangrados..... <input type="text"/>	Estado mental alterado (somnia o convulsión) <input type="checkbox"/>
Otros <input type="text"/>			inquietud o irritabilidad o convulsión) <input type="checkbox"/>
			Derrame seroso al examen clínico <input type="checkbox"/>
			(ascitis o derrame pleural o pericárdico) <input type="checkbox"/>
			Hipotensión arterial <input type="checkbox"/>
			Extremidades frías o cianóticas <input type="checkbox"/>
			Pulso rápido y débil <input type="checkbox"/>
			Diferencial de la PA < 20 mmHg <input type="checkbox"/>
			Llenado capilar > 2 segundos <input type="checkbox"/>
			Escala de Glasgow
			Apertura ocular (1-4) <input type="checkbox"/>
			Respuesta motora (1-6) <input type="checkbox"/>
			Respuesta verbal (1-5) <input type="checkbox"/>
			Total <input type="checkbox"/>
V. EXAMENES DE LABORATORIO			
Cultivo	Fecha Toma de Muestra <input type="text"/>	Serotipo <input type="text"/>	Genotipo <input type="text"/>
25. Aislamiento Viral		Negativo <input type="checkbox"/>	
Serología	Fecha Toma de Muestra <input type="text"/>	26. Ig M (Título) <input type="text"/>	27. Ig G (Título) <input type="text"/>
1era. Muestra		Conclusión (positivo o negativo) <input type="text"/>	
2da. Muestra			
28. PCR	Fecha Toma de Muestra <input type="text"/>	Reactivo <input type="checkbox"/>	Serotipo <input type="text"/>
Antígeno NS1		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			29. Confirmado por Laboratorio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			30. Confirmado por Nexco Epidemio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			31. Descartado Si <input type="checkbox"/>
VI. EVOLUCION			
32. El paciente fue hospitalizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	33. Evolución de la enfermedad: Favorable <input type="checkbox"/>		
	Fallecido <input type="checkbox"/>		
	Referido <input type="checkbox"/>		
	Fecha de fallecimiento <input type="text"/>		
VII. CLASIFICACIÓN FINAL			
34. Dengue sin señales de alarma <input type="checkbox"/>	35. Dengue con señal(es) de alarma <input type="checkbox"/>	36. Dengue grave <input type="checkbox"/>	
VIII. PROCEDENCIA DEL CASO			
37. Autóctono <input type="checkbox"/>	38. Importado nacional <input type="checkbox"/>	39. Importado internacional <input type="checkbox"/>	
IX. OBSERVACIONES			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
X. INVESTIGADOR			
Nombre de la persona responsable <input type="text"/>			
Cargo: <input type="text"/>			
		Firma y Sello <input type="text"/>	