



FICHA DE INVESTIGACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE LA ENFERMEDAD POR

VIRUS ÉBOLA (EVE)

I. DATOS GENERALES

Fecha de notificación: [] [] [] Fecha de investigación: [] [] [] SE: []
DISA/DIRESA/GERESA: [] Red/Micro Red/Clas: []
Institución de Salud: [] [] [] [] [] []
MINSa ESSALUD Sanid. PNP Sanid.FFAA Privado Otros
EESS notificante: []
El caso fue captado por:
Búsqueda activa: [] Atención en Servicios: [] Otro: (especifique) []

II. DATOS DEL PACIENTE

A. paterno A. Materno Nombres
[] [] [] Edad: [] Sexo: []
Fecha nac.: [] [] [] N° H.C.: [] D.N.I./Passport: [] Telf.: pac./fam.: []
Nacionalidad Grupo étnico Ocupación Residencia habitual
[] [] [] []
Trabajador de salud: [SI] [NO] Lugar de trabajo: [] Profesión: []
Ubicación del EESS: Localidad [] Distrito [] Provincia [] Departamento []
Si es menor de edad, indicar relación y nombre del apoderado: []

III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS (Establecer el lugar probable de infección)

Viajes en los 21 días previos al inicio de los síntomas: [SI] [NO] Lugar de viaje: [] País: []
Zona/Región/localidad: [] Fecha de ida: [] Fecha de retorno: []
Motivo de viaje: Turismo: [] Trabajo: [] Cooperación: [] Visita a fam. o amigos: []
Lugar de contacto: Perú [] Otro país []
Personal de salud: [] Tipo de contacto: []
Relación con el enfermo: [] Tipo de contacto: []

Signos y síntomas (marcar con una "X") Indique la fecha de inicio de síntomas: [] [] []
Fiebre: [] °C Si () No () Dolor articular Si () No ()
Anorexia Si () No () Inyección conjuntival Si () No ()
Dolor de garganta Si () No () Hepatomegalia Si () No ()
Cefalea Si () No () Esplenomegalia Si () No ()
Letargia Si () No () Erupción cutánea Si () No ()
Dolor muscular Si () No () Petequias Si () No ()
Vómitos Si () No () Equimosis Si () No ()
Diarrea Si () No () Epistaxis Si () No ()
Dolor Abdominal Si () No () Gingivorragias Si () No ()
Tos persistente Si () No () Melena Si () No ()
Dificultad respiratoria Si () No () Otros:..... Si () No ()



IV. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra:

Tipo de muestra: Sangre () Suero () Saliva () Biopsia () Otro:.....

Tipo de prueba:

Detección de Antígeno	Posit. ()	Neg. ()	Fecha resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ELISA IgM	Posit. ()	Neg. ()	Fecha resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ELISA IgG	Posit. ()	Neg. ()	Fecha resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
RT-PCR	Posit. ()	Neg. ()	Fecha resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Aislamiento viral	Posit. ()	Neg. ()	Fecha resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

V. EVOLUCION

El caso fue hospitalizado: Si () No () Fecha de hospitalización:

Nombre del Hospital:

Se encuentra en aislamiento: Si () No ()

Condición del caso: Alta () Fallecido () Fecha defunción:

VI. CLASIFICACION FINAL DEL CASO

() Sospechoso Probable () Confirmado () Descartado ()

Contactos (luego de inicio de síntomas del caso en estudio)

	Nombres y Apellidos	Edad	Teléfono	Relación con el caso	Riesgo
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____

VII. OBSERVACIONES

VIII.DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA INVESTIGACION

Nombre: _____
 Profesión: _____
 Cargo: _____
 Teléfono: _____
 Correo: _____

Firma y sello