



COGIGO	Fecha de conocimiento local	Fecha de notificación del establecimiento	Fecha de investigación	Fecha de notificación a la DISA	Fecha de notificación de DISA a OGE
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

DISA _____ Nombre del establecimiento _____

RED _____

Notificación Regular

Búsqueda activa

II. DATOS DEL PACIENTE

Nombres : _____ Apellidos: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ . Sexo: M [] F[].

DOMICILIO ACTUAL

DEPARTAMENTO _____
PROVINCIA _____
DISTRITO _____

LOCALIDAD _____
INT/DEP/LOTE _____
Número /Km./Mz. _____

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

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

3.1. Viajes a áreas con malaria en los últimos 30 días (lugar probable de contagio):

Fecha	Localidad	Valle	Distrito	Provincia	Tiempo de permanencia (días)
/ /					
/ /					
/ /					

3.2. Antecedentes de transfusión de sangre: Si No Si es Sí, preguntar Fecha: ____ / ____ / ____

Hospital donde fue transfundido: _____ Nombre del donante: _____

3.3. Antecedentes de haber estado enfermo por malaria: Si No Cuántas veces lo tuvo:

Preguntar fecha de la última vez que enfermó: ____ / ____ / ____

Recibió tratamiento médico: Si No Atendido por un servicio de salud: Si [] No []

Automedicación: Si No Nombre del medicamento: _____

Ha tomado analgésicos: Si No

3.4. Hay zancudos o mosquitos: Si No

3.5. En su casa usan el mosquitero para dormir: Si No

IV. CUADRO CLINICO Y MANEJO

Fecha de inicio de síntomas: ____ / ____ / ____

Síntomas	SI	NO	Síntomas	SI	NO	Síntomas	SI	NO	Síntomas	SI	NO
Dolor de cabeza	[]	[]	Palidez	[]	[]	Coma	[]	[]	Sudoración	[]	[]
Dolores musculares	[]	[]	Hepatomegalia	[]	[]	Otro:	[]	[]	Ictericia	[]	[]
Escalofríos	[]	[]	Esplenomegalia	[]	[]	Fiebre	[]	[]			

3.3. Hospitalizado : Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tratamiento del paciente: Fecha de inicio: _____ / _____ / _____	Medicamento: _____ Dosis: _____ Nº de Pastillas: _____						
Resultado de tratamiento: Curado <input checked="" type="checkbox"/> Resistente <input type="checkbox"/> Fallecido <input checked="" type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Recaída: SI [] NO [] Fecha de la recaída: _____ / _____ / _____	Causas: Tratamiento incompleto: [] Vómitos [] Diarrea [] Ninguno [] Otro: _____ []						
Cada que tiempo presenta fiebre, sudoración y escalofríos: Cada 24 horas [] Cada 48 horas [] Cada 72 horas []								
Cuantas personas viven en su casa (verificar mediante visita a la vivienda): _____								
Nº	Apellidos y nombres	Sexo/Edad		Parentesco	Gota gruesa		Fecha de toma De Gota gruesa	Result ado
		M	F		Febril	Sin fiebre		
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	

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

Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	MUESTRA	FECHA DE TOMA	EXAMEN REALIZADO	FECHA DE EXAMEN	RESULTADO
1		Sangre	/ /	Gota gruesa [] Frotis []	/ /	
2			/ /		/ /	

Control parasitológico posterior al tratamiento:

A los 7 días A los 14 días A los 21 días A los 28 días

VI. CLASIFICACION FINAL DEL CASO

CASO CONFIRMADO	Fecha de confirmación	Caso Descartado	Fecha de Descarte
Caso confirmado: - Autóctono [] Importado []	/ /		/ /
Caso confirmado de malaria complicada	/ /		/ /
Muerte por malaria	/ /		/ /
Fracaso al tratamiento terapéutico	/ /		/ /

Observaciones

1

Nombre de la persona que investiga el caso : _____

Cargo _____ Firma _____

Oficina General de Epidemiología - MINSA
 correo: notificacion@oge.sld.pe Telefax 01-4330081
 Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

INFOSALUD 0800-10828
 SITIO WEB: www.oge.sld.pe