



Caso probable: Todo caso que inicia cuadro clínico, con fiebre de inicio agudo, seguido por ictericia dentro de las dos semanas de iniciado los primeros síntomas. Puede presentar manifestaciones hemorrágicas o signos de insuficiencia renal; procedente o residente de zona endémica de fiebre amarilla.

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: _____

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)

III. 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

Hubo casos reportados / notificados en los últimos 10 días

A.- En los lugares visitados por el paciente SI NO IGN C.- En su casa SI NO IGN
 B.- En su comunidad SI NO IGN Cuantas personas viven en su casa _____
 B.- Epizootias SI NO

Viajó los últimos 6 meses? SI NO

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

IV. CUADRO CLINICO

Síntomas y signos	SI	NO	IGN	FECHA	Síntomas y signos	SI	NO	IGN	FECHA
Fiebre	[]	[]	[]	____/____/____	Hipertensión	[]	[]	[]	____/____/____
Ictericia	[]	[]	[]	____/____/____	Oliguria	[]	[]	[]	____/____/____
Pulso lento en relación a la fiebre	[]	[]	[]	____/____/____	Proteinuria	[]	[]	[]	____/____/____
Hemorragia nasal	[]	[]	[]	____/____/____	Coluria	[]	[]	[]	____/____/____
Melena / Hematemesis	[]	[]	[]	____/____/____	Hepatomegalia	[]	[]	[]	____/____/____
Petequias	[]	[]	[]	____/____/____					____/____/____
Diarreas	[]	[]	[]	____/____/____					____/____/____

HOSPITALIZACIONSI NO FECHA ____/____/____ Hospital _____ H.C. _____

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

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

Diagnóstico de Ingreso: 1 _____ 2 _____

Evolución:**Condición de Egreso**Alta / Recuperado Dx _____
Fecha ____/____/____Fallecido Necropsia SI NO

Dx macróscopico _____

Dx microscópico _____

Fecha ____/____/____

V. ANTECEDENTE DE VACUNA ANTIAMARILICA (Documentado con carné)Vacunado SI NO IGN ¿En qué establecimientos de salud fue vacunado _____

Nº dosis recibidas _____ Fecha (última dosis) ____/____/____

VI. LABORATORIO [Para ser llenado por el laboratorio]

Laboratorio que recibe _____ Fecha ____/____/____

Tipo de muestra Adecuada Inadecuada

Si no es adecuada, especificar: _____

VII. MUESTRA	FECHA DE TOMA	FECHA DE ENVÍO	PRUEBA REALIZADA	RESULTADOS
Biopsia	____/____/____	____/____/____		
Serología	____/____/____	____/____/____		
Hígado	____/____/____	____/____/____		
Cultivos	____/____/____	____/____/____		

VIII. CLASIFICACION FINAL

Fecha ____/____/____

Fiebre Amarilla: CONFIRMADO POR: **A LABORATORIO** SI NO
DESCARTADO **B ANATOMÍA PATOLÓGICA** SI NO
C CLÍNICA SI NO

Dx de Descarte _____

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE _____

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