



PERÚ
Ministerio
de Salud

Dirección 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)	
Otras (especificar)	

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: Fecha / / (Impresión diagnóstica)

Otros:

Observaciones :

EXAMENES DE LABORATORIO

Hemocultivo/cultivos de secreción: Fecha / / Resultados: (Si) (No)

Transaminasas/Plaquetas/Electrolitos: Fecha / / Resultados (Si) (No)

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 _____