



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA Y DE LABORATORIO DE TOS FERINA

Caso probable:

En menores de 3 meses de edad: Cuadro clínico inespecífico de infección de vía respiratoria alta y dos o más de los siguientes signos desencadenados por estímulos (por ejemplo: alimentación): tos, apnea, cianosis

En mayores de 3 meses de edad a más: Cuadro clínico con tos que dura al menos dos semanas y con uno o más de los siguientes síntomas: paroxismos de tos (ataques repetitivos), estridor inspiratorio, vómitos postusivos (vómitos inmediatamente después de la tos), apnea con o sin cianosis.

Table with 4 columns: Fecha conocimiento local, Fecha investigación, Fecha conocimiento nivel regional, Fecha de conocimiento nivel nacional. Each cell contains a date format: ___/___/___

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

- 1. DISA: _____ 2. Fecha notificación ___/___/___
3. RED/MICRORRED: _____ 4. Tipo EESS: Hospita [] CS [] PS []
5. EESS: _____ 6. Inst. Adm: MINSA [] EsSalud []
7. [] Notificación regular PNP [] FAA [] Priv []
8. [] Búsqueda activa Otro: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

- 9. Apellidos y nombres: _____ 10. Fecha de nacimiento: ___/___/___ 11. Edad: ___ A [] M []
12. Sexo: F [] M [] 13. Número DNI: _____ 14. Ocupación: _____

INFORMACIÓN DEL DOMICILIO

- 15. DEPARTAMENTO: _____ 18. Residencia permanente: _____
16. PROVINCIA: _____ 19. Referencias para localización: _____
17. DISTRITO: _____ 20. Residencia provisional: _____
21. Nombre de familiar o contacto: _____ 22. Teléfono: _____

III. CUADRO CLÍNICO

Table with 6 columns: Signos y síntomas, SI, NO, IGN, FECHA, Complicaciones, SI, NO, IGN, FECHA. Rows include: Tos, Tos paroxística, Estridor, Vómito postusivo, Apnea, Cianosis, Neumonía, Deshidratación, Desnutrición, Otra.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

- 27. ¿Recibió tratamiento antibiotico? SI [] NO []
28. Nombre de los antibioticos recibidos: 29. Número de dosis 30. Duración de tratamiento
a. _____ [] [] días
b. _____ [] [] días

IV. HOSPITALIZACIÓN

31. SI NO 32. FECHA: ___/___/___ 33. Hospital: _____ 34. HCL: _____

35. Tiempo de enfermedad al momento de la hospitalización: _____ (días)

36. Diagnóstico ingreso: a. _____ b. _____

37. **CONDICIÓN DE EGRESO**

RECUPERADO **FALLECIDO**

38. Fecha de alta: ___/___/___ 40. Fecha de defunción: ___/___/___

39. Diagnóstico de egreso: _____ 41. Necropsia Si No

42. Causa básica de muerte: _____

V. ANTECEDENTE VACUNAL: PENTAVALENTE / DPT

43. ¿Ha sido vacunado? SI NO

44. ¿En qué establecimiento de salud fue vacunado? _____

45. Tiene cané de vacunación SI NO 46. Fecha de última dosis: ___/___/___

47. VACUNA PENTAVALENTE 1° 2° 3°

48. VACUNA DPT Ref 1 Ref2

VI. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

POSIBLES FUENTES DE CONTAGIO	SI	NO	IGN	NOMBRE	LUGAR
49. Viaje en los 30 días antes de enfermar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
50. Visita recibida 30 días antes de inicio de enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
51. Hay otro caso similar en la zona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
52. Estuvo hospitalizado 14 días antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
53. Observaciones: _____					

VII. LABORATORIO (Para ser llenado por laboratorio)

54. Fecha de obtención de la muestra: ___/___/___

55. Fecha de recepción de la muestra: ___/___/___ 56. Laboratorio que recepciona la muestra: _____

57. Tipo de muestra: Aspirado nasofaríngeo Hisopado nasofaríngeo

58. Tipo de prueba: PCR en tiempo real Cultivo

59. Resultado: *B. pertussis* *B. parapertussis* *B. spp* Negativo

Contaminado No viable 60. Fecha de emisión de resultado: ___/___/___

VIII. CLASIFICACIÓN FINAL

61. Fecha: ___/___/___

62. Caso confirmado por: Laboratorio Nexo Epidemiológico

63. Caso descartado

IX. INVESTIGADOR

64. Establecimiento de Salud que realiza la notificación: _____

65. Persona que llena la ficha: _____ 66. Cargo: _____

Firma y sello

67. Establecimiento de Salud que realiza la investigación de campo: _____

68. Persona que llena la ficha: _____ 69. Cargo: _____

Firma y sello