



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA CLINICA-EPIDEMIOLÓGICA DE ÁNTRAX (CARBUNCO)

I. DATOS GENERALES

DISA/DIRESA/GERESA \_\_\_\_\_ Red \_\_\_\_\_ Microred \_\_\_\_\_
Establecimiento notificante: \_\_\_\_\_

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellidos paterno: \_\_\_\_\_ Apellidos materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_
DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
Edad: \_\_\_\_\_ ( ) Años Sexo: M ( ) F ( )
( ) Meses Si es menor a 1 año anotar meses
( ) Día Si es menor de 1 mes anotar días
Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_
Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio actual

Departamento: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_
Provincia: \_\_\_\_\_ Vía/Calle: \_\_\_\_\_
Distrito: \_\_\_\_\_ Número/km./mz: \_\_\_\_\_
Localidad: \_\_\_\_\_ Int/Dep/Lote: \_\_\_\_\_
Zona de residencia: ( ) Urbana ( ) Rural

Para los residentes en otros países:

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Posible contacto en los últimos 14 días anteriores al inicio de la enfermedad [Si] [No]

Table with columns: Exposición (Contacto), Especie (Tipo de animal) [Vacuno, Ovino, Caprino, Equino, Otro, Especificar]. Rows include questions about animal contact and sacrifice.

¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto?
Departamento: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_
Provincia: \_\_\_\_\_ Vía/Calle: \_\_\_\_\_
Distrito: \_\_\_\_\_ Número/km./mz: \_\_\_\_\_
Localidad: \_\_\_\_\_ Int/Dep/Lote: \_\_\_\_\_
Zona de residencia: ( ) Urbana ( ) Rural

¿Qué otras personas han estado expuestas (contactos)?

IV. DATOS CLÍNICOS (Marque con una "X" los síntomas que presenta)

Síntomas y signos Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
Lesión cutánea: [ ] Si [ ] No En caso afirmativo indicar el número de lesiones: \_\_\_\_\_
Localización de la lesión: [ ] Cara/Cuello [ ] Miembro superior [ ] Tronco [ ] Miembro inferior
Característica de la lesión: \_\_\_\_\_
Signos y síntomas: Prurito, Edema extenso, Dolor abdominal, Tos, Expectोरación, Fiebre, Expectोरación hemoptoica o hemoptisis, Dolores articulares, Dificultad respiratoria.
Diarrea: [ ] Si [ ] No En caso afirmativo indicar características: [ ] Acuosa [ ] Moco [ ] Sangre [ ]
Hospitalización
¿El paciente fue hospitalizado? [ ] Si [ ] No N° Historia clínica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
¿Recibió tratamiento? [ ] Si [ ] No Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
Resultado: [ ] Curado (Dado de alta) [ ] Fallecido Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

V. LABORATORIO

Fecha de toma de muestras: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de envío al laboratorio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Table with columns: Muestra, Fecha de toma de muestra, Exámen realizado [Gram, Cultivo, Otro], Resultados [Positivo, Negativo], Fechas.

Otra:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

El caso de Carbunco fue confirmado por el laboratorio

 Si No

**VII. CLASIFICACIÓN** (Marque con una "X")

	Probable	Confirmado	Fecha	Caso descartado (Anotar causa)
Carbunco Cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	
Carbunco gastro-intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	
Carbunco meningeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	
Carbunco inhalatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	
Carbunco septicémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	

**VIII. OBSERVACIONES**

**IX. RESPONSABLE**

Cargo:

Nombre de la persona responsable

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma y Sello

|

|

|