

**FICHA INVESTIGACION CLINICA EPIDEMIOLOGICA DE LEPTOSPIROSIS**

**I. DATOS GENERALES**

1.Codigo de la notificación..... 2. Fecha de notificación ...../...../.....  
 3. Nombre de Establecimiento de Salud..... 4.Dirección de Redes Integradas.....

**II. DATOS DEL PACIENTE:**

5.Historia clínica Nº..... 6.Apellidos y Nombres..... 7. Edad ..... 8. Sexo M ( ) F ( ) 9.Grado de Instrucción: Analf( )Primaria( )secundaria( )superior( ) 10.Domicilio: Av./Jr./Calle ..... Nº.....Mza.....Lt.....Urbanización.....	11.Referencia : ..... 12. Localidad :..... 13.Distrito :..... 14.Provincia:..... 15.Departamento: ..... 16.Telefono:.....
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**III. INFORMACION CLINICA**

17. Fecha de inicio de síntomas ..... /...../.....	18. Fecha de inicio de síntomas ..... /...../.....	19. Fecha de inicio de síntomas ..... /...../.....	20. Fecha de inicio de síntomas ..... /...../.....	21. Forma de inicio de enfermedad	
				Brusco ( )	Insidioso ( )

**22. Signos y Síntomas ( Marque con una X si presenta )**

Signos vitales:	1era Eval.	2da Eval		1era Eval.	2da Eval	Examen Físico ( Realizado por .....)		
							1era Eval.	2da Eval
FC.....								
FR.....								
<b>DA</b>								
Fiebre > 38 °c			Diarrea			Rash		
Malestar general			Estreñimiento			Ictericia		
Anorexia			Nauseas			Petequias		
Astenia			Vómitos			Hemorragia Conjuntival		
Dolor de cabeza			Epistaxis			Hepatomegalia		
Mareo			Hemoptisis			Esplenomegalia		
Escalofrios			Gingivorragia			Rigidez de Nuca		
Dolor muscular			Hematoquezia			Transtorno del sensorio		
Dolor de pantorrillas			Hematemesis			Otros:.....		
Dolor lumbar			Melena					
Tos			Hematuria					
Dificultad respiratoria			Oliguriay/o Anuria					
Dolor precordial			Alteración cardiaca					
Dolor paravertebral			Otros:.....					
Dolor abdominal								

**IV. ANTECEDENTES ( En las últimas 3 - 4 semanas antes de enfermar)**

	Fecha	Lugar/Distrito	Provincia	Departamento	Permanencia(días)
23. Ocupación ( especifique): .....					
24.Viajes					
25.Contacto con : agua estancada,inundaciones					
Río,lago,piscinas,canales,etc					
Charcas,barro,suelo de estancia de animales					
Pozo séptico,letrina,desague					
Porcinos,vacunos,canes					

Ratas, ratones, mucas o zarigueyas					
Otros:					
<b>V. LABORATORIO CLINICO : 26. Hemograma..... 27. Recuentos de plaquetas ..... 28. Hto..... 29. Proteínas en orina.....</b>					
<b>VI. LABORATORIO DE INVESTIGACION</b>					
30. Muestras obtenidas: sangre total ( ) ; suero ( ) ; orina ( ) , gota gruesa o frotis ( ) LCR ( ) Fecha: ...../...../..... otros .....					
31. Pruebas requeridas de laboratorio : cultivosangre ( ) cultivo orina ( ) ELISA ( ) Microaglutinación -MAT ( ) PCR ( ) Otros ( especificar ) ..... Muestras previas enviadas: ( ) si ( ) no fecha : ...../...../..... Resultado : ..... Prueba .....					
<b>32. Resultados primera muestra</b>			<b>33. Resultados segunda muestra</b>		
ELISA IGM: .....Unidad Lepto: .....			ELISA IGM/IGG: .....Unidad Lepto: .....		
PCR: .....MAT: .....			PCR: .....MAT: .....		
1er Serovar : .....Título : .....			1er Serovar : .....Título : .....		
2do Serovar : .....Título : .....			2do Serovar : .....Título : .....		
3er Serovar : .....Título : .....			3er Serovar : .....Título : .....		
<b>VII. EVOLUCION DEL CASO</b>					
34. Tratamiento: no ( ) si ( ) Diálisis: no ( ) si ( ) Nº días..... Fecha: ...../...../..... Antibióticos: No ( ) Si ( )					
1..... Dosis..... Nº días..... Fecha de inicio: ...../...../.....					
2..... Dosis..... Nº días..... Fecha de inicio: ...../...../.....					
3..... Dosis..... Nº días..... Fecha de inicio: ...../...../.....					
35. Condición del paciente					
Hospitalizado ( ) Fecha de hospitalización ( ...../...../.....) Tiempo de hospitalización ..... días					
Condición de Egreso: alta ( ) Referido ( ) Fallecido: ( ) Fecha : ...../...../..... Ignorado ( )					
36. Persona que proporciona la información :					
Nombre: .....					
Establecimiento de Salud:			Cargo: .....		
Fecha: ...../...../.....					
Firma: .....					

Vertical line on the left side of the page.

|

)

|

.....

|