

FICHA CLINICO-EPIDEMIOLÓGICO DE CASO HUMANO DE PESTE

1. N° Ficha _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

2. GERESA DIRESA/DIRIS: _____

3. EE.SS: _____

4. Dirección: _____

5. Distrito: _____

6. Teléfono: _____

7. Correo electrónico: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

8. Nombre y Apellidos: _____

9. DNI: _____

10. Fecha de nacimiento: ____/____/____

11. Sexo: M F

12. Edad: _____

13. Ocupación: _____

14. Domicilio/Residencia: _____

15. Zona de residencia: Urbano Rural

16. Teléfono: _____

17. Lugar del trabajo: _____

18. Lugar donde estuvo los 15 días antes de enfermar : (lugar probable de infección) _____

III. LINEA DE TIEMPO DE ENFERMEDAD

19. Fecha inicio de enfermedad: ____/____/____

20. Fecha de notificación: ____/____/____

21. Fecha inicio de atención: ____/____/____

22. Fecha de defunción: ____/____/____

IV. DATOS CLÍNICOS

	Si	No				
23. Fiebre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BUBON : Indicar, localización, tamaño y color			
24. Temperatura corporal	_____		DERECHA	IZQUIERDA		
25. Escalofrío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
26. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
27. Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
28. Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
29. Dolor en zona ganglionar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
30. Dolor pectoral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
31. Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
32. Expectoración:						
Sanguinolenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Purulenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Blanquecina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
33. Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
34. Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
35. Delirio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
36. Postración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A) POST AURICULAR	E) EPITROCLEAR	F) INGUINAL	
37. Coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B) PRE AURICULAR	F) CERVICAL	H) POPLITEA	
38. Coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C) SUBMANDIBULAR	G) AXILAR	I) CRURAL O FEMORAL	

V. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

39. Tipo de material:

Piso: _____	Pared _____	Techo _____
-------------	-------------	-------------

40. Alimentos almacenados: Si No Protegido Desprotegido

41. Basura: Si No Abundante Escasa

Protegido Desprotegido

Intradomiciliario Peri domiciliario

42. Número de personas en la vivienda: _____ N° de habitaciones: _____ N° de dormitorios: _____

43. Presencia de roedores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Por referencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Verificada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
44. Presencia de pulgas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Referida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Verificada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
45. Presencia de cuyes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dentro vivienda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fuera vivienda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
46. Epizootia en roedores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Referida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Verificada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
47. Epizootia en cuyes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Referida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Verificada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
48. Epizootia en gatos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Referida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Verificada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

VI. OCURRENCIA ANTERIOR DE PESTE

49. En la vivienda Si No Fecha: ____/____/____ N° de casos: _____

50. En la localidad Si No Fecha: ____/____/____ N° de casos: _____

51. Asistió a velorio de persona fallecida con peste Si No Fecha: ____/____/____

VII. ACTIVIDADES DE CONTROL REALIZADAS

52. Desinsectación: Si No Fecha: ____/____/____ Insecticida utilizado: _____
 53. Desratización: Si No Fecha: ____/____/____ Método: _____

Ordenamiento del medio

54. Recojo de inservibles Si No Fecha: ____/____/____
 55. Almacenamiento adecuado de alimento humano y animal Si No Fecha: ____/____/____
 56. Sellado de madrigueras: Si No Fecha: ____/____/____
 57. Entierro sanitario de residuos sólidos: Si No Fecha: ____/____/____
 58. Limpieza de canales de regadío: Si No Fecha: ____/____/____

Mejoramiento de la vivienda

59. En pisos: Si No Fecha: ____/____/____
 60. En paredes: Si No Fecha: ____/____/____
 61. En techos: Si No Fecha: ____/____/____

Educación sanitaria

62. Actividades de comunicación: Si No Fecha: ____/____/____
 63. Actividades de sensibilización: Si No Fecha: ____/____/____

VIII. DIAGNÓSTICO

	Sospechoso		Probable		Confirmado
64. Peste bubónica:	<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____
65. Peste septicémica:	<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____
66. Peste neumónica:	<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____
67. Otras formas:	<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____

IX. LABORATORIO

TIPO DE MUESTRA	FECHA	RESULTADO
Aspirado de bubón	____/____/____	_____
Sangre	____/____/____	_____
Suero	____/____/____	_____
Espujo	____/____/____	_____
Hisopado faríngeo	____/____/____	_____
Otros	____/____/____	_____

X. OBSERVACIONES

XI. RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN

Nombre y Apellidos: _____
 Cargo: _____
Firma y Sello