



Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

EDA - CÓLERA
(CIE 10: A00 - A09)
FICHA CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA



FECHA DE NOTIFICACIÓN: [] [] []

FECHA DE INVESTIGACIÓN DEL CASO: [] [] []

I. DATOS GENERALES

Establecimiento de Salud notificante: _____ Código RENAES: _____
Captación del caso: Pasiva Activa Vigilancia comunal Seguimiento de contactos

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno: _____ Apellido Materno: _____
Nombres: _____ DNI: _____
Edad: _____ Años Meses Días
Sexo: F M
Etnia o Raza: Mestizo Andino Afrodescendiente
 Asiático Descendiente Indígena Amazónico Otro: ---> _____
Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: _____
Vínculo: _____ Ocupación: _____

- Domicilio actual

País: _____ Departamento: _____
Provincia: _____ Distrito: _____
Tipo de vía: _____ Nombre de vía: _____
Agrupamiento urbano/rural: _____
Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____
Manzana: _____ Lote: _____ Interior: _____ Kilómetro: _____ Block: _____
Referencia: _____

- Para los residentes en otros países:

País de origen: _____ Fecha de ingreso al país: [] [] []

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

- Establecer la fuente de infección

3.1. ¿En los últimos 3 días el agua que tomó, de donde la obtuvo?

Del caño dentro de su casa Del caño público De un pozo De un río
 De un "puquial" (manantial) De un camión cisterna Fue embotellada Otro: _____

3.2. ¿Almacena el agua de consumo doméstico? Si No

3.3. ¿En qué tipo de recipiente lo almacena?

Tanque elevado Cilindro
 Tanque bajo Otro: _____

3.4. Verificar si el agua está clorada a través del comparador (anotar el nivel del cloro): _____

3.5. Verificar si los recipientes tienen tapa: _____

3.6. ¿En los últimos 3 días dónde ha consumido alimentos?

Sólo los que han sido preparados en mi casa En un restaurante En un ambulante
 En una pensión En un mercado Otro: _____

3.7. Para los menores de 2 años

Ingiere leche en biberón Consume los mismos alimentos que los adultos en la casa
 Recibe lactancia materna

3.8. La eliminación de las excretas se hace por:

Red pública dentro de la vivienda (alcantarillado) Sin servicio
 Red pública fuera de la vivienda, pero dentro del edificio (alcantarillado) Otro: _____
 Pozo negro o ciego o silo/letrina

3.9. ¿Algún miembro de su familia ha sufrido de diarrea en los últimos 3 días? _____

IV. CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)

- Síntomas y signos

<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Fiebre	Fecha de inicio de la diarrea: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Cefalea	Número de días de duración de la diarrea: _____
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Malestar General	Consistencia de la deposición:
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Calambres	<input type="checkbox"/> Acuosa o líquida <input type="checkbox"/> Grumosa <input type="checkbox"/> Pastosa
<input type="checkbox"/> Artralgias		

- Características de la diarrea: N° Historia Clínica: _____

Tipo de diarrea: EDA acuosa EDA disintérica EDA persistente

Presencia de: Moco Si No Sangre Si No Número de deposiciones por día: _____

- Clasificación de la diarrea:

<input type="checkbox"/> Con deshidratación	<input type="checkbox"/> Sin deshidratación	<input type="checkbox"/> Con deshidratación grave
<input type="checkbox"/> Con deshidratación leve	<input type="checkbox"/> Con deshidratación moderada	<input type="checkbox"/> Shock

- Tratamiento:

Plan de tratamiento: A B C Tratamiento antibiótico: Si No

Antibiótico usado: Tetraciclina Cotrimoxazol Ciprofloxacina

Cloramfenicol Doxiciclina Otros: _____

- Evolución del paciente:

Alta: Si No Hospitalizado: Si No

Fecha: Fecha:

Fallecido: Si No

Fecha: Hora:

Lugar de fallecimiento: EESS Casa

- Complicaciones: No Ignorado Si (marcar)

Acidosis Edema agudo de pulmón

Shock hipovolémico Insuficiencia renal

Transferencia: No Si --> Para hospitalización Para diálisis

V. LABORATORIO (debe ser llenado por el personal de laboratorio)

Fecha de toma de muestra: Fecha de envío al laboratorio:

Fecha de recepción en laboratorio:

Establecimiento de Salud	Muestra	Examen realizado	Resultado		Serogrupo	Serotipo
			Positivo	Negativo		
_____	<input type="checkbox"/> Heces	<input type="checkbox"/> Cultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O1	<input type="checkbox"/> Ogawa
_____	<input type="checkbox"/> Suero	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O139	<input type="checkbox"/> Inaba
_____	<input type="checkbox"/> Vómitos					<input type="checkbox"/> Hikojima

Otro microorganismo aislado: _____

El caso de cólera fue confirmado por laboratorio Nexo epidemiológico de un caso confirmado

VI. CLASIFICACIÓN (Marque con una "X")

Clasificación final del caso probable: Fecha:

Sospechoso Probable Confirmado Compatible

Caso descartado [Anotar la causa] _____

VII. OBSERVACIONES

VIII. DATOS DEL INVESTIGADOR

Nombre de la persona que investiga el caso: _____

Cargo: _____ Firma y sello: _____

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Teléfono 01 6314500

Calle Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María - Lima

Dirección electrónica: [Http://www.dge.gob.pe](http://www.dge.gob.pe)