



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades**ENFERMEDAD DE CHAGAS**

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

COGIGO	Fecha conocimiento local ____/____/____	Fecha investigación ____/____/____	Fecha conocimiento DISA ____/____/____	Fecha conocimiento nacional ____/____/____
--------	--	---------------------------------------	---	---

I. DATOS GENERALES

DISA _____ Fecha de notificación: ____/____/____
 Nombre del establecimiento _____ Tipo: Hosp. [] C.S. [] P.S. []
 UTES/UBAS/ZONADIS/RED _____ Inst. Administrativa: MINSA [] EsSalud []
 PNP [] FAA [] Priv. [] OTRO []
 Otro _____

Notificación Regular **Búsqueda Activa**

II. DATOS DEL PACIENTE

Nombres : _____ Apellidos: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M [] F []
 Estado civil: Soltero(a) [] Casado(a) [] Conviviente [] Separado(a) [] Viudo(a) []
 Ocupación: _____ Tiempo: _____

III. DATOS DEL DOMICILIO

DEPARTAMENTO _____	NOMBRE DE ZONA _____
PROVINCIA _____	TIPO DE VIA _____
DISTRITO _____	NOMBRE DE VIA _____
TIPO DE ZONA _____	INT/DEP/LOTE _____
	Número /Km./Mz. _____

Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, contratante, etc.) _____

IV. MIGRACION

Tiempo que reside en domicilio actual años meses

Si reside menos de 6 meses ¿Dónde vivía anteriormente?

DEPARTAMENTO _____	NOMBRE DE ZONA _____
PROVINCIA _____	TIPO DE VIA _____
DISTRITO _____	NOMBRE DE VIA _____
TIPO DE ZONA _____	INT/DEP/LOTE _____
	Número /Km./Mz. _____

Listado de localidades que el paciente visitó en los últimos 10 días

Viajó los últimos 6 meses? SÍ NO

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad _____
 Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad _____
 Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad _____

V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Lugar probable de contagio: _____ Fecha probable de contagio: ____/____/____
 DEPARTAMENTO _____ DISTRITO _____
 PROVINCIA _____ LOCALIDAD _____

Tiempo de permanencia en el lugar probable de contagio: Nº de días _____ Nº de meses _____ Nº de años _____

Existe "chirimacha" o "chinche" en su casa: Sí No Ignorado

Ha sido picado por una "chirimacha" o "chinche": Sí No Ignorado Fecha: ____/____/____

Ha recibido transfusión de sangre sin control para la enfermedad de Chagas: Sí No Ignorado Cuántas veces: _____

Fecha de la última transfusión: ____/____/____

Antecedentes de tener madre seropositiva (positiva a dos pruebas serológicas distintas) para la enfermedad de Chagas:
 Sí () No () Ignorado ()

Existe otra (s) persona (s) con un cuadro similar en la casa del lugar donde se contagió: Si No Ignorado

Posible forma de transmisión: Vectorial Transfusional Vertical

VI. CUADRO CLINICO

Sintomático () Asintomático () Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___

ETAPA AGUDA

Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO
Fiebre	[]	[]	Hepatomegalia	[]	[]	Esplenomegalia	[]	[]
Miocarditis	[]	[]	Mialgias	[]	[]	Meningoencefalitis	[]	[]
Chagoma de inoculación	[]	[]	Signo de Romaña	[]	[]	Malestar general	[]	[]

ETAPA CRONICA

Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO
Palpitaciones	[]	[]	Disfagia	[]	[]	Edema	[]	[]
Arritmia	[]	[]	Regurgitación	[]	[]	Soplo	[]	[]
Dolor precordial	[]	[]	Taquicardia	[]	[]	Tos	[]	[]
Hepatomegalia	[]	[]	Disnea	[]	[]	Odinofagia	[]	[]

VII. HOSPITALIZACION

SI NO FECHA ___/___/___ Hospital _____ H.C. _____

Tiempo de Enfermedad al momento de hospitalización _____

Tiempo en ser trasladado al hospital desde su domicilio _____ Horas Minutos

Diagnóstico de Ingreso: 1 _____ 2 _____

Evolución:

Condición de Egreso

Alta / Recuperado

Fallecido

Dx _____
Fecha ___/___/___

Necropsia SI NO
Dx macroscópico _____
Dx microscópico _____
Fecha ___/___/___

VIII. MANEJO:

TRATAMIENTO: SI NO

IX. LABORATORIO [Para ser llenado por el responsable de diagnóstico de laboratorio]

Nombre del Laboratorio _____ Fecha de recepción: ___/___/___

Tipo de muestra Adecuada Inadecuada

Si no es adecuada, especificar: _____

	MUESTRA	FECHA DE TOMA	FECHA DE ENVIO	FECHA DE LECTURA	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
	Sangre	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Gota fresca [] Cultivo [] Microhematocrito []	
	Suero	___/___/___	___/___/___	___/___/___	ELISA [] HAI [] IFI	

VII. CLASIFICACION FINAL

	CASO CONFIRMADO	FECHA DE CONFIRMACION	CASO DESCARTADO	CRITERIO DE DESCARTE	FECHA DE DESCARTE
	Chagas Agudo	___/___/___	Chagas Agudo		___/___/___
	Chagas crónico	___/___/___	Chagas crónico		___/___/___
	Chagas congénito	___/___/___	Chagas congénito		___/___/___

Nombre de la persona que notifica: _____

Cargo _____ Firma _____

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Correo: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01-6314500

Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María Lima 11

INFOSALUD 0800-10828