



ANEXO 1 Ficha de investigación clínico-epidemiológica para la vigilancia de dengue, chikungunya, zika, fiebre amarilla y otras arbovirosis

CIE 10: dengue sin signos (A97.0), dengue con signos de alarma(A97.1), dengue grave(A97.2), Chikungunya(A92.0), Chikungunya Grave(A92.5), Zika población general(U06.9), Mayaro(A92.8), Oropuche (A980)

I. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA (elegir la vigilancia que corresponde)

a. Definición de casos * (casos que cumplen criterio clínico y epidemiológico)

b. Vigilancia centinela** (Solo para EESS centinela)

c. Vigilancia de febriles*** (Toma de muestras frente al incremento de febriles en EESS)

II. DATOS GENERALES:

1. Fecha de atención o investigación

Día	Mes	Año

 2. Fecha de notificación

Día	Mes	Año

 3. GERESA/DIRESA/DISA

4. Red 5. Micro Red 6.EESS notificante:

7. Institución de salud: MINSa EsSalud Sanidad PNP Sanidad FA Privados Otro

III. DATOS DEL PACIENTE

8. DNI/Pasaporte/Cedula 9. Nacionalidad 10. Teléfono 11. Historia clínica

12. Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

13. Fecha de nacimiento 14. Edad (años) 15. Género

M	F
---	---

 16. Ocupación 17. Etnia

18. Gestante SI NO 19. Edad gestacional Semanas 20. Fecha de última regla en gestante

Día	Mes	Año

Dirección de residencia actual:

21. País 22. Departamento 23. Provincia 24. Distrito 25. Localidad de residencia actual

26. Tipo de vía: Alameda Avenida Calle Jirón Pasaje Otros

27. Nombre de la vía Referencia

28. Manzana 29. Lote 30. Número de puerta 31. Block 32. Interior 33. Kilometro

34. Agrupamiento Humano : AAHH Asociación Urbanización Centro poblado Caserío Otros

35. Nombre del agrupamiento humano 36. Sector

IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS (DATO DE IMPORTANCIA PARA ESTABLECER LUGAR DE INFECCIÓN)

37. ¿Dónde estuvo en las últimas dos semanas (14 días) antes de enfermar?

<input type="text"/>	desde...../...../..... hasta/...../.....					
<input type="text"/>	desde...../...../..... hasta/...../.....					

38. País 39. Departamento 40. Provincia 41. Distrito 42. localidad 43. Dirección 44. Fecha de permanencia

45. Caso autóctono SI NO 46. Caso importado Nacional 47. Caso importado Internacional

48. Tuvo dengue anteriormente SI NO 49. Año 50. Recibo vacuna antiarabica SI NO 51. Año de vacunación

52. Tiene comorbilidad SI NO 53. ¿Cuál? Hipertensión arterial Obesidad Diabetes Otros

54. ¿Antes de acudir al establecimiento actual, usted acudio a otro establecimiento? SI NO

V. DATOS CLÍNICOS

55. Fecha de inicio de síntomas:

Día	Mes	Año

 56. Fecha de toma primera muestra

Día	Mes	Año

57. Fecha de toma segunda muestra

Día	Mes	Año

58. Signos y síntomas frecuentes

Fiebre ≤ 7 días de evolución <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Temp. actual <input type="text"/>	Signos de alarma	Signos de gravedad						
Artralgias	<input type="text"/>	Dolor abdominal intenso y continuo	Pulso débil e indetectable						
a. Manos	<input type="text"/>	Vómitos persistentes	Extremidades frías o cianóticas						
b. Pies	<input type="text"/>	Sangrado de mucosas o piel o ambas	Diferencial de Presion arterial ≤ 20 mmHg.						
Mialgias	<input type="text"/>	Estado mental alterado (letargo, inquietud, irritabilidad)	Síndrome de dificultad respiratoria (extravasación importante de plasma)						
Cefalea	<input type="text"/>	Derrame seroso al examen clínico y/o por estudio de imágenes (ascitis o derrame pleural o pericárdico)	Compromiso grave de organos						
Dolor ocular o retroocular	<input type="text"/>	Lipotimia	Especifique :						
Dolor lumbar	<input type="text"/>	Hepatomegalia mayor de 2 cm	Sangrado grave						
Nauseas	<input type="text"/>	Incremento del hematocrito	Especifique :						
Vómitos	<input type="text"/>	Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario)	Escala de Glasgowpuntuación final						
Rash o exantema	<input type="text"/>	Trombocitopenia < 100 000/mm3 (disminucion brusca de plaquetas)	Apertura ocular (1-4)						
Fecha de inicio de rash	<table border="1"><tr><th>Día</th><th>Mes</th><th>Año</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Día	Mes	Año				Dificultad para caminar (en oropuche y chikungunya)	Respuesta motora (1-6)
Día	Mes	Año							
Prurito o escozor	<input type="text"/>	Dolor de torax	Respuesta verbal (1-5)						
Conjuntivitis no purulenta	<input type="text"/>	Ictericia							
Fotofobia	<input type="text"/>								
Edema articular	<input type="text"/>								
Otros.....	<input type="text"/>								

VI. EXAMENES DE LABORATORIO (LLENADO POR EL LABORATORIO REFERENCIAL)

59. Prueba solicitada

Prueba	Resultado	Fecha de resultado
ELISA NS1-Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Prueba molecular Suero	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Prueba molecular Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

60. Resultado de serotipo

ELISA IgM (1era muestra) ELISA IgM (2da muestra)

Otros:.....

VII. EVOLUCIÓN DE CASOS GRAVES Y EGRESO (SOLO PARA CASOS HOSPITALIZADOS)

61. Hospitalizado 62. Fecha de hospitalización

Día	Mes	Año

 63. Lugar (IPRESS u otros)

64. Ingreso a UCI 65. Fecha de ingreso

66. Falleció 67. Fecha de defunción

Día	Mes	Año

68. Fue referido 69. Fecha de referencia

Día	Mes	Año

VIII. CLASIFICACIÓN (PRIORIZAR PRIMER DIAGNÓSTICO DE ACUERDO A DEFINICIÓN DE CASO)

Categoría	Probable	Confirmado	Descartado
70. Dengue sin signos de alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Dengue con signos de alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Dengue grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Chikungunya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Chikungunya grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Mayaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Oropuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Fiebre amarilla Probable Confirmado Descartado

79. Una vez marcada la clasificación de la enfermedad, Si se sospecha de dos o más enfermedades se debe enumerar una lista de acuerdo a prioridad diagnostica en la siguiente fila

1 2 3 4

IX. OBSERVACIONES

X. INVESTIGADOR

Nombre de la persona responsable:

Cargo:

Celular:

Firma y Sello