


NTS Nº 109 - MINSA / DGE V.01  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN E INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS**

**ANEXO 4: FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

	<b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	<b>Dirección General de Epidemiología</b>	<b>FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA DEL RIESGO DE EXPOSICION E INTOXICACION POR PLAGUICIDAS</b>																						
Código de identificación	Fecha de conocimiento a nivel local		Fecha de notificación del Establecimiento	Fecha de Investigación	Fecha de Notificación a la DISA/DIRESA	Fecha de Notificación Nacional																				
<p><b>I. DATOS GENERALES</b></p> <p>Nombre del establecimiento: _____</p> <p>DIRESA/DISA..... Red ..... Microred.....</p> <p>Ubicación: Localidad _____ Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____</p> <p>Captado: Servicio Emergencia ..... S. Hospitalización ..... Consulta Externa ..... Otros.....</p> <p>Notificación Regular [ ] Búsqueda Activa [ ] Situación de Riesgo [ ] Investigación de Brote [ ] Otros _____</p>																										
<p><b>II. DATOS DEL PACIENTE</b></p> <p>Nombres: _____ Apellidos: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Lugar de Nacimiento: _____</p> <p>Edad: _____ Años ( ) Meses ( ) Sexo: M [ ] F [ ] DNI..... Embarazada: Si [ ] No [ ]</p> <p>Grado de instrucción: Inicial [ ] Primaria [ ] Secundaria [ ] Superior [ ] Sin instrucción [ ]</p> <p>Seguro: SIS [ ] EsSalud [ ] Otros: ..... Ocupación: .....</p> <p><b>PROCEDENCIA</b> <span style="margin-left: 100px;"><b>DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL</b></span></p> <p>Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____</p> <p>Localidad _____ Centro Poblado _____ Telefono/Célular _____</p> <p>Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, vecinos, jefe o patrón, lugar de trabajo, etc.....)</p> <p>Etnia: Mestizo [ ] Afrodescendiente [ ] Andino [ ] Indígena Amazónico [ ] Asiático descendiente [ ] Otros _____</p> <p>Procedencia Habitual: Urbana [ ] Urbana marginal [ ] Rural Campesina [ ] Campamento [ ]</p>																										
<p><b>III. FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO</b></p> <p>3.1 Fecha de la intoxicación _____/_____/_____ 3.2 Hora ..... A.M [ ] P.M [ ]</p> <p>3.3 Lugar de ocurrencia de la intoxicación: 1. Casa [ ] 2. Escuela [ ] 3. Trabajo [ ]</p> <p>4. Especificar el lugar de trabajo..... 5. Otros (especificar) .....</p> <p>3.4 Ubicación en donde se intoxicó:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; text-align: center;">DIRECCION</td> <td style="width:30%; text-align: center;">Localidad / Caserio / Anexo</td> <td style="width:20%; text-align: center;">Distrito</td> <td style="width:20%; text-align: center;">Provincia</td> </tr> </table> <p>3.5 Alimentos involucrados en la exposición (especificar):.....</p> <p>3.6 Tipo de producto 1. Plaguicida [ ] 2. Otros (especificar) .....</p> <p>3.7 Nombre del producto: ..... 3.8. Concentración ..... 3.9. Presentación .....</p> <p>3.10 Cantidad utilizada: ..... 3.11. Donde lo obtuvo .....</p> <p>3.12 Circunstancia de Intoxicación: 1. Laboral [ ] 2. Accidental No Laboral [ ] 3. Voluntaria (Intencional Suicida) [ ]</p> <p>4. Provocada (intento de homicidio) [ ] 5. Otros ..... 6. Desconocida [ ] .....</p> <p>3.13 Actividad que realizaba en el momento de la Exposición/Intoxicación (Elija una o si es múltiple):</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">1. Producción-Formulación-Síntesis [ ]</td> <td style="width:33%;">2. Almacenamiento/Distribución/Expendio [ ]</td> <td style="width:33%;">3. Uso Agrícola [ ]</td> </tr> <tr> <td>4. Uso en Salud Pública [ ]</td> <td>5. Mantenimiento de Equipo [ ]</td> <td>6. Uso humano [ ]</td> </tr> <tr> <td>7. Uso domiciliario [ ]</td> <td>8. Uso veterinario [ ]</td> <td>9. Reentrada en cultivo [ ]</td> </tr> <tr> <td>10. Manejo de plaguicidas sin protección [ ]</td> <td>11. Mezcla - Recarga [ ]</td> <td>12. Transporte [ ]</td> </tr> <tr> <td colspan="3">13. Otros (especificar)..... 14. Realiza buenas prácticas en el manejo de plaguicidas 1. Si ( ) 2. No ( )</td> </tr> </table> <p>3.14 Tiempo de exposición:..... (Años), (Meses), (Días), (Horas), (Minutos)</p>								DIRECCION	Localidad / Caserio / Anexo	Distrito	Provincia	1. Producción-Formulación-Síntesis [ ]	2. Almacenamiento/Distribución/Expendio [ ]	3. Uso Agrícola [ ]	4. Uso en Salud Pública [ ]	5. Mantenimiento de Equipo [ ]	6. Uso humano [ ]	7. Uso domiciliario [ ]	8. Uso veterinario [ ]	9. Reentrada en cultivo [ ]	10. Manejo de plaguicidas sin protección [ ]	11. Mezcla - Recarga [ ]	12. Transporte [ ]	13. Otros (especificar)..... 14. Realiza buenas prácticas en el manejo de plaguicidas 1. Si ( ) 2. No ( )		
DIRECCION	Localidad / Caserio / Anexo	Distrito	Provincia																							
1. Producción-Formulación-Síntesis [ ]	2. Almacenamiento/Distribución/Expendio [ ]	3. Uso Agrícola [ ]																								
4. Uso en Salud Pública [ ]	5. Mantenimiento de Equipo [ ]	6. Uso humano [ ]																								
7. Uso domiciliario [ ]	8. Uso veterinario [ ]	9. Reentrada en cultivo [ ]																								
10. Manejo de plaguicidas sin protección [ ]	11. Mezcla - Recarga [ ]	12. Transporte [ ]																								
13. Otros (especificar)..... 14. Realiza buenas prácticas en el manejo de plaguicidas 1. Si ( ) 2. No ( )																										
<b>MODALIDAD DE EXPOSICIÓN</b>		1. Oral [ ]	2. Piel [ ]	3. Mucosas - Ocular- Otras [ ]	4. Respiratoria [ ]	5. Desconocida [ ]																				

NTS N° **109** - MINSA / DGE V.01  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN E INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS**

**V. CUADRO CLÍNICO:** Fecha de consulta: ...../...../..... Inicio de Síntomas ...../...../..... SE: .....

**Sistémico:** [ ]                      **SI [ 1 ]**                      **No [ 2 ]**

1. Náuseas [ ]                      2. Vómitos [ ]                      3. Dolor Abdominal [ ]                      4. Incontinencia de esfínteres [ ]                      5. Cefalea [ ]  
6. Diarreas [ ]                      7. Miosis [ ]                      8. Sudoración [ ]                      9. Temblor de manos y otras partes [ ]                      10. Cianosis [ ]  
11. Midriasis [ ]                      12. Mareos [ ]                      13. Bradicardia [ ]                      14. Trastorno de la conciencia [ ]                      15. Disnea [ ]  
16. Convulsiones [ ]                      17. Polipnea [ ]                      18. Rash Dérmico [ ]                      19. Sibilancias [ ]  
20. Debilidad muscular en miembros inferiores [ ]                      21. Debilidad músculos proximales: [ ]                      22. Insuficiencia respiratoria [ ]  
23. Otros .....

24. No presento síntomas [ ]

25 Tipo de Intoxicación                      1. Leve [ ]                      2. Moderada [ ]                      3. Grave [ ]

**VI. ANTECEDENTES:**

6.1. Intoxicaciones anteriores:    1. Si [ ]                      2. N° Veces .....                      3. No [ ]                      6.2. Fecha: ...../...../.....                      6.3. Lugar: 1. Casa ( ) 2. Escuela ( )  
3. Trabajo ( )                      4. Otros (Especificar) (.....)                      5. Observaciones:.....

6.4. Causa (s) 1. Laboral ( )                      2. Accidental No Laboral ( )                      3. Voluntario (Intencional) ( )                      4. Provocado (Homicidio) ( )                      5. Otros.....

**VII. EXÁMENES TOXICOLÓGICOS:**                      Nombre del laboratorio .....                      Se tomo muestra:    1. Si [ ]                      2. No [ ]

Tipo de muestra:                      1. Sangre [ ]                      2. Otros .....                      Fecha de toma de muestra: ...../...../.....

Fecha de envío de laboratorio ...../...../.....                      Fecha de recepción de laboratorio ...../...../.....

Test de Colinesterasa:                      1. Si [ ]                      2. No [ ]                      Resultado: ..... %                      U/Lt Método .....

Otros exámenes de Plaguicidas:                      1. Si [ ]                      2. No [ ]                      Indique cuat: .....                      Servicio:.....

Fecha del último examen ocupacional:...../...../.....

**VIII. Destino del Intoxicado**    1. Ambulatorio [ ]                      2. Emergencia [ ]                      3. Hospitalizado [ ]                      Fecha:...../...../.....                      3.1. Servicio (especificar).....  
4. Su casa [ ]                      5. Trabajo [ ]                      6. Médico Legal (fallecido) [ ]

**IX. Tratamiento recibido:**

Oral ..... Dosis: ..... Parenteral ..... Dosis .....

Antídoto ..... Evaluación de secuelas .....

**X. Evolución del Intoxicado**    1. Recuperado [ ]                      2. Transferido [ ] .....                      3. Alta: Fecha ...../...../.....  
4. Fallecido [ ]                      4.1. Fecha de defunción ...../...../.....                      Causa básica de la muerte (CIE-10) .....

**XI. Diagnóstico Final**

1. Confirmación clínico- epidemiológica [ ]                      2. Confirmación por laboratorio    1. Si [ ]                      2. No [ ]  
3. Descartado [ ]                      4. Otros:.....

**XII. Fecha del período de la investigación** ...../...../.....

**XIII. Nombre del Investigador** ..... Firma .....

Médico [ ]                      Enfermera [ ]                      Otros (especif) .....                      Teléfono .....                      Celular .....

**Dirección General de Epidemiología - MINSA - Lima - Perú**  
Correo: notificacion@dge.gob.pe    computo@dge.gob.pe

