



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

ENFERMEDAD DE CARRIÓN

Ficha de investigación clínico epidemiológica

ESTABLECIMIENTO: _____ N° HIST.CLÍNICA: _____
NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____ FECHA ENCUESTA: __/__/__

APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE: _____ DNI N° _____

EDAD : _____ años _____ meses SEXO: Masc. () Femen. ()

Gestante: Si () No () FUR: __/__/__ **Edad Gestacional:** _____ sem

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

TIEMPO DE RESIDENCIA: _____ OCUPACION: _____

Viaje a localidades o comunidades vecinas durante 1998

Fecha de viaje __/__/__ Lugar: _____ Tiempo permanencia: _____
Fecha de viaje __/__/__ Lugar: _____ Tiempo permanencia: _____

FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD: __/__/__ FECHA INGRESO AL ESTUDIO: __/__/__

T.E.: F.I.: Curso: O DE DIAGNOSTICO

SINTOMAS: (Marque con una X si el paciente refiere los siguientes síntomas)

Fiebre ()	Nauseas ()	Polipnea ()
Palidez ()	Vómitos ()	Tos ()
Cefalea ()	Hiporexia ()	Expectoración ()
Malestar general ()	Dolor abdominal ()	Dolor torácico ()
Mialgias ()	Hematoquesia ()	Disnea ()
Dolor articular ()	Melena ()	Cianosis ()
Astenia ()	Diarrea ()	Convulsiones ()
Prurito ()	Ictericia ()	Inyección conj. ()
Petequias ()	Disuria ()	Epistaxis ()
Equimosis ()	Polaquiuria ()	Cong.faringea ()
Escalofríos ()	Coluria ()	Odinofagia ()
Mareos ()	Epigastralgia ()	Fotofobia ()
Verrugas ()	Somnolencia ()	Exitac.psicom. ()
Lumbalgia ()		

FUNCIONES VITALES:

Temperatura:°C P.A: ____/____ F.R.: _____ Pulso: _____ Peso: _____Kg

SIGNOS:

GENERALES:	Si	No		Si	No
Lúcido	()	()	Estado general	(B) (R) (M)	
Orientado en tiempo	()	()	Estado de nutrición	(B) (R) (M)	
Orientado en espacio	()	()	Estado de Hidratación	(B) (R) (M)	
Orientado en persona	()	()			

PIEL:

Palidez: () Leve: () Moderada: () Severa: ()

Petequias: () Localización: _____

Equimosis: () Localización: _____

Lesiones eruptivas:

N° LOCALIZACION (colocar el numero en el paréntesis)

Miliares ____ Cara () Cuello () Tronco () Ext.Super. () Ext.Infer. () Sangrante ()

Mulares ____ Cara () Cuello () Tronco () Ext.Super. () Ext.Infer. () Sangrante ()

Nodulares ____ Cara () Cuello () Tronco () Ext.Super. () Ext.Infer. () Sangrante ()

Observaciones: _____

TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO:

Sin alteraciones ()

Edema ()

Miembros inferiores ()

Palpebral ()

Otro: _____

Miembros superiores ()

Lumbosacro ()

GANGLIOS LINFATICOS:

Axilares : N° ____ Tamaño: ____ mm Móviles: () Dolorosos ()

Inguinales: N° ____ Tamaño: ____ mm Móviles: () Dolorosos ()

Cervicales: N° ____ Tamaño: ____ mm Móviles: () Dolorosos ()

Epitrocleares: N° ____ Tamaño: ____ mm Móviles: () Dolorosos ()



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

ENFERMEDAD DE CARRIÓN

Ficha de investigación clínico epidemiológica

CABEZA:

Conjuntivas: Pálidas () Leve: (+/+++) Moderada: (+/+++) Severa: (+++/+++)
 Escleróticas: Ictéricas () Leve: (+/+++) Moderada: (+/+++) Severa: (+++/+++)
 Inyección conjuntival ()
 Pupilas: CIRLA () Otros:

BOCA: Mucosa oral:

Faringe: Normal () Congestiva ()
 Amígdalas Normales () Hipertróficas () Otros:
 Congestivas () Purulentas ()

OSTEOMUSCULAR:

Tono muscular:

Mialgias:

Lumbar () Dorsal () Brazos () Otros:
 Muslos () Pantorrillas () Antebrazos ()

Dolor articular

Hombro () Codos () Muñeca () Otros:
 Cadera () Rodillas () Tobillos ()

Artritis:

APARATO RESPIRATORIO:

Murmullo vesicular:

Soplos: ()

Crepitantes ()

Subcrepitantes ()

Sibilantes ()

Otros:

APARATO CARDIOVASCULAR:

Ruidos cardíacos:

Soplos:

Otros:

APARATO GASTROINTESTINAL:

Ruidos hidroaéreos:

Hígado:

Bazo:

Otros:

GENITOURINARIO

Puntos renoureterales:

Percusión lumbar:

Edemas:

Otros:

NEUROLOGICO:

Estado de conciencia:

Pares craneales:

Convulsiones: ()

Babinsky: ()

Signos meningeos:

ROT: ()

Sensibilidad:

Signos de focalización:

Otros:

HOSPITALIZADO: a) Si () b) No ()

Fecha de hospitalización: ___/___/___ Días de hospitalización: _____

CONDICION DE ALTA:

a) Curado () c) Transferido () e) Fallecido ()

b) Mejorado () d) Alta voluntaria ()

DIAGNOSTICO CONSULTA EXTERNA O INGRESO: DIAGNOSTICO DE ALTA (Solo si fue hospitalizado)

1.- _____ 1.- _____

2.- _____ 2.- _____

3.- _____ 3.- _____



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

ENFERMEDAD DE CARRIÓN

Ficha de investigación clínico epidemiológica

EVOLUCION:

SIGNO	FECHA: Mes: Año:											
Temperatura												
Hemoglobina												
Hematocrito												
Transfusiones (U)												
Frotis												
Hemocultivo (*)												
Antibióticos												
Penicilina ()												
Cloranfenicol ()												
Rifampicina ()												
Ciprofloxacina ()												
Eritromicina ()												
Cotrimoxazol ()												
Ceftriaxona ()												
Otros												

(*) Indicar si se tomó muestra ya que el resultado del cultivo demora hasta 40 días

() Colocar la dosis del antibiótico dentro del paréntesis

EXAMEN AUXILIAR	Mes..... Año:											
Grupo sanguíneo												
Plaquetas												
Hematies												
TGO												
TGP												
Fosfatasa alcalina												
Bilirrubina directa												
Bilirrubina Indirecta												
Bilirrubina total												
Urea												
Glucosa												
Creatinina												
Leucocitos totales												
Segmentados												
Abastionados												
Linfocitos												
Monocitos												
Eosinofilos												
Basófilos												
Blastos												
Aglutinaciones: Tífico " O "												
Tífico " H "												
Paratífico A												
Paratífico B												
Brucellas												

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 11

Dirección electrónica: <http://www.dge.gob.pe>

INFOSALUD 0800-10828