



**Caso probable:** Todo caso que inicia cuadro clínico, con fiebre de inicio agudo, seguido por ictericia dentro de las dos semanas de iniciado los primeros síntomas. Puede presentar manifestaciones hemorrágicas o signos de insuficiencia renal; procedente o residente de zona endémica de fiebre amarilla.

|        |                          |                     |                         |                             |
|--------|--------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 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: \_\_\_\_\_

|                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| <b>DATOS DEL DOMICILIO</b> | NOMBRE DE ZONA _____  |
| DEPARTAMENTO _____         | TIPO DE VIA _____     |
| PROVINCIA _____            | NOMBRE DE VIA _____   |
| DISTRITO _____             | INT/DEP/LOTE _____    |
| TIPO DE ZONA _____         | Número /Km./Mz. _____ |

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

**III. 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

Hubo casos reportados / notificados en los últimos 10 días

A.- En los lugares visitados por el paciente SI  NO  IGN  C.- En su casa SI  NO  IGN   
 B.- En su comunidad SI  NO  IGN  Cuantas personas viven en su casa \_\_\_\_\_  
 B.- Epizootias SI  NO

**Viajó los últimos 6 meses?** SI  NO

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

**IV. CUADRO CLINICO**

| Síntomas y signos                   | SI  | NO  | IGN | FECHA          | Síntomas y signos | SI  | NO  | IGN | FECHA          |
|-------------------------------------|-----|-----|-----|----------------|-------------------|-----|-----|-----|----------------|
| Fiebre                              | [ ] | [ ] | [ ] | ____/____/____ | Hipertensión      | [ ] | [ ] | [ ] | ____/____/____ |
| Ictericia                           | [ ] | [ ] | [ ] | ____/____/____ | Oliguria          | [ ] | [ ] | [ ] | ____/____/____ |
| Pulso lento en relación a la fiebre | [ ] | [ ] | [ ] | ____/____/____ | Proteinuria       | [ ] | [ ] | [ ] | ____/____/____ |
| Hemorragia nasal                    | [ ] | [ ] | [ ] | ____/____/____ | Coluria           | [ ] | [ ] | [ ] | ____/____/____ |
| Melena / Hematemesis                | [ ] | [ ] | [ ] | ____/____/____ | Hepatomegalia     | [ ] | [ ] | [ ] | ____/____/____ |
| Petequias                           | [ ] | [ ] | [ ] | ____/____/____ |                   |     |     |     | ____/____/____ |
| Diarreas                            | [ ] | [ ] | [ ] | ____/____/____ |                   |     |     |     | ____/____/____ |

**HOSPITALIZACION**SI  NO  FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ H.C. \_\_\_\_\_

Tiempo de Enfermedad al momento de hospitalización \_\_\_\_\_ (en días)

Tiempo en ser trasladado al hospital desde su domicilio \_\_\_\_\_ Horas   
Minutos 

Diagnóstico de Ingreso: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

**Evolución:****Condición de Egreso****Alta / Recuperado** Dx \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Fallecido** Necropsia SI  NO   
Dx macroscopico \_\_\_\_\_  
Dx microscopico \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**V. ANTECEDENTE DE VACUNA ANTIAMARILICA** (Documentado con carné)Vacunado SI  NO  IGN  ¿En qué establecimientos de salud fue vacunado \_\_\_\_\_

Nº dosis recibidas \_\_\_\_\_ Fecha (última dosis) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**VI. LABORATORIO** [Para ser llenado por el laboratorio]

Laboratorio que recepciona \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de muestra Adecuada  Inadecuada 

Si no es adecuada, especificar: \_\_\_\_\_

| VII. MUESTRA | FECHA DE TOMA  | FECHA DE ENVÍO | PRUEBA REALIZADA | RESULTADOS |
|--------------|----------------|----------------|------------------|------------|
| Biopsia      | ____/____/____ | ____/____/____ |                  |            |
| Serología    | ____/____/____ | ____/____/____ |                  |            |
| Hígado       | ____/____/____ | ____/____/____ |                  |            |
| Cultivos     | ____/____/____ | ____/____/____ |                  |            |

**VIII. CLASIFICACION FINAL**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fiebre Amarilla: CONFIRMADO  POR: **A LABORATORIO** SI  NO DESCARTADO  **B ANATOMÍA PATOLÓGICA** SI  NO **C CLÍNICA** SI  NO 

Dx de Descarte \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Dirección General de Epidemiología - MINSA**  
 Correo: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01- 6314500  
 Daniel Olaechea 199 Jesús María Lima 11

INFOSALUD 0800-10828