

FICHA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE LEPTOSPIROSIS

I. DATOS GENERALES									
1. Código de la notificación.....			2. Fecha de notificación/...../.....						
3. Nombre de Establec. de Salud.....			4. RED/MICRORED.....			5. DIRESA/DISA.....			
II. DATOS DEL PACIENTE:									
6. Historia clínica Nº.....					12. Punto de Referencia.....				
7. Apellidos y Nombres.....					13. Localidad.....				
8. Edad.....			9. Sexo: M () F ()		14. Distrito.....				
10. Grado de Instrucción: Analf () Primaria () Secundaria () Superior ()					15. Provincia				
11. Domicilio: Av./Jr. /Calle:.....					16. Departamento.....				
Nº.....Mza.Lt..... Urbanización:.....					17. Teléfono:.....				
III. INFORMACIÓN CLÍNICA.									
18. Fecha de inicio de síntomas...../...../.....		19. Tiempo de enfermedad.....		20. Fecha de obtención de 1ª muestra...../...../.....		21. Fecha de obtención de 2ª muestra...../...../.....		22. Forma de inicio de enfermedad	
								Brusco () Insidioso ()	
23. Signos y Síntomas (Mar que con una X si presenta)									
	1era Eval.	2da Eval.		1era Eval.	2da Eval.	Examen Físico (Realizado por.....)			
								1era Eval.	2da Eval.
Signos vitales:									
FC..... FR.....									
PA.....									
Fiebre >38°C									
Malestar general									
Anorexia									
Astenia									
Dolor de cabeza									
Mareo									
Escalofríos									
Dolor muscular									
Dolor pantorrillas									
Dolor lumbar									
Tos									
Dificultad respiratoria									
Dolor precordial									
Dolor paravertebral									
Dolor abdominal									
Diarrea									
Estreñimiento									
Nauseas									
Vómitos									
Epistaxis									
Hemoptisis,									
Gingivorragia									
Hematoquezia									
Hematemesis									
Melena									
Hematuria									
Oliguria y/ o Anuria									
Alteración cardiaca									
Otros:									
Otros:									
IV. ANTECEDENTES (En las últimas 3-4 semanas antes de enfermar)									
	Fecha	Lugar / Distrito	Provincia	Departamento	Permanencia (días)				
24. Ocupación (especifique):.....									
25. Viajes.									
26. Contacto con:									
Aguas estancadas, inundaciones.									
Río, lago, piscinas, canales, etc.									
Charcas, barro, suelo de estancia de animales.									
Pozo séptico, letrina, desagüe.									
Porcinos, vacunos, canes.									
Ratas, ratones, mucas ó zarigüeyas.									
Otros:									
V. LABORATORIO CLÍNICO: 27. Hemograma.....28. Recuentos de plaquetas..... 29. Hto.....30. Proteínas en orina									
VI. LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN									
31. Muestras obtenidas: sangre total () ; suero () ; orina () ; gota gruesa o frotis () LCR () Fecha:...../...../..... otros.....									

32. Pruebas requeridas de laboratorio: cultivo sangre () cultivo orina () ELISA () Microaglutinación-MAT () PCR ()
Otros (especificar)..... Muestras previas enviadas: () si () no Fecha...../...../..... Resultado..... Prueba

33. Resultados primera muestra

Elisa IgM: Unidad lepto:.....
PCR: MAT:
1^{er} serovar:título:
2^{do} serovar:título:
3^{er} serovar:título:

34. Resultados segunda muestra

Elisa IgM/IgG: Unidad lepto:.....
PCR: MAT:
1^{er} serovar:título:
2^{do} serovar:título:
3^{er} serovar:título:

VII. EVOLUCIÓN DEL CASO

35. Tratamiento: no () si () **Diálisis** no () si () N^o días..... Fecha :/...../..... **Antibióticos** : No() Si()
1..... Dosis..... N^o días..... Fecha de inicio:/...../.....
2..... Dosis..... N^o días..... Fecha de inicio:/...../.....
3..... Dosis..... N^o días..... Fecha de inicio:/...../.....

36. Condición del paciente

Hospitalizado () Fecha de hospitalización (...../...../.....) Tiem po de hospitalización:.....días Condición de Egreso:
alta () Referido () Fallecido: () Fecha /...../..... Ignorado()

37. Persona que proporci ona la información:

Nombre:.....
Establecimiento de Salud:..... Cargo.....
Fecha/...../.....

Firma:.....