



## I. DATOS GENERALES:

2. DIRESA/GERESA/DIRIS

1. Fecha de investigación

Sem. Epid. N°

4. Establecimiento de salud notificante

3. Red/ Micro Red/ Clas

E.S. I-1  
E.S. I-2E.S. I-3  
E.S. I-4E.S. II-1  
E.S. II-2

E.S. III-1

## II. DATOS DEL PACIENTE

5. H. Clínica N°

Cel:

6. A. Paterno A. Materno

Nombres

7. D.N.I.

Fecha de nacimiento

8. Edad 9. Sexo

10. Dirección

11. Localidad (AH, Urb, Resid, etc)

12. Distrito

13. Provincia

14. Departamento

15. Grado de instrucción

Analif.

Prim.

Secund.

Superior

## III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

16. Ocupación (especifique) Otra actividad relacionada al riesgo

17. Viajes Si  No  Lugar(es) y hace cuanto tiempo

18. Residencia anterior Hace cuanto tiempo

19. Refiere haber ingerido: berro  alfalfa  lechuga  Como ensalada  Agua no tratada  De fuentes naturales  chocho  emolientes  Jugos o extractos de vegetales crudos 20. Tuvo fasciolosis anteriormente: Si  No  Tratamiento

Duración

21. Exámenes previos Si  No  Prueba

Resultado

Fecha

22. Antecedentes patológicos personales Si  No  Especifique23. Antecedentes familiares Si  No  Especifique

## IV. DATOS CLINICOS

24. Fecha de inicio de síntomas

25. Fecha de obtención de muestra


26. Fiebre Si  No 30. Dolor abdominal Si  No 34. Urticaria Si  No 35. Ictericia Si  No 

27. Perdida de apetito

31. Dismin. de peso Si  No 36. Palidez Si  No 37. Hepatomegalia Si  No 

28. Náusea

32. Diarrea Si  No 38. Vómito Si  No 

29. Malestar general

33. Vómito Si  No 38. Muestra obtenidas Heces  Fecha / /Suero 

PRUEBAS	FECHA DE OBTENCIÓN	RESULTADO	FECHA DE OBTENCIÓN	RESULTADO	FECHA DE OBTENCIÓN	RESULTADO
TSR						
KATO KATS						
ELISA FAS 2						
ELISA Ig G						
Western Blot o IB						
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS						
Eosinofilia						
Transaminasas hepáticas						
Exámen compatible con disfunción biliar o cálculos biliares						

## VI. DIAGNÓSTICO CLINICO

39. Fasciolosis hepática  Fasciolosis extrahepática Recaída Refractaria 40. Aguda  Crónica  Reinfección 

## VII. TRATAMIENTO DEL PACIENTE

41. Inició tratamiento No  Si  TriclabendazolNro de dosis 

Fecha de inicio

42. Presentó reacciones adversas No  Si 

Fecha de notificación

## VIII. CONDICION DE EGRESO DEL PACIENTE

Alta  Referido  Abandono  Fallecido  Fecha 

## IX. DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO

PRUEBAS	30 DIAS	60 DIAS	90 DIAS
Evaluación médica			
TSR			
KATO KATZ			
ELISA FAS 2			
ELISA IgG			
Otros			

## XI. OBSERVACIONES


## XII. INVESTIGADOR

Nombre de la persona responsable Cargo: 

Firma y Sello

Tipo de diagnóstico: Probable:  Confirmado: