



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención
y Control de Enfermedades

FICHA CLINICA-EPIDEMIOLÓGICA DE FASCIOLOSIS HUMANA

Sem. Epid. N°

I. DATOS GENERALES:

1. Fecha de investigación

2. DIRESA/GERESA/DIRIS

3. Red/ Micro Red/ Clas

4. Establecimiento de salud notificante

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.Clinica 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

Analf.

Prim.

Secund.

Superior

III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

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

No

Si

Especifique

23. Antecedentes familiares

No

Si

Especifique

IV. DATOS CLÍNICOS

24. Fecha de inicio de síntomas

25. Fecha de obtención de muestra

26. Fiebre

Si No

27. Pérdida de apetito

Si No

28. Náusea

Si No

29. Malestar general

Si No

30. Dolor abdominal

Si No

31. Dismin. de peso

Si No

32. Diarrea

Si No

33. Vómito

Si No

34. Urticaria

Si No

35. Ictericia

Si No

36. Palidez

Si No

37. Hepatomegalia

Si No

V. EXÁMENES DE LABORATORIO

38. Muestra obtenidas

Heces

Suero

Fecha / /

Fecha

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 CLÍNICO

39. Fasciolosis hepática

Fasciolosis extrahepática

40. Aguda

Crónica

Reinfección

Recaída

Refractaria

VII. TRATAMIENTO DEL PACIENTE

41. Inició tratamiento

No

Si

Triclabendazol

Nro de dosis

Fecha de inicio

42. Presentó reacciones adversas

No

Si

Fecha de notificación

VIII. CONDICIÓN 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: