



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

MALARIA
CIE 10 B50-B54
FICHA CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA

Código: _____ Fecha de notificación al nivel inmediato superior _____ / _____ / _____ Fecha de investigación del caso _____ / _____ / _____

I. DATOS GENERALES

DISA _____ RED _____ Establecimiento Notificante _____
 Captación del caso: Pasiva () Activa ()

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____

Edad: _____ Años () Sexo: M () F () **DNI N°** _____

Meses () Si es menor de 1 año anotar meses

Días () Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: _____

Ocupación: Agricultor () Ganadero () Turista () Obrero vial (construye y/o mantiene carreteras) ()

Cazador y/o pescador () Minero () Otro: _____ ()

Domicilio actual

Departamento _____

Zona : [] _____

(especificar nombre)

Provincia _____

Vía : [] _____

(especificar nombre)

Distrito _____

Número/km./mz. _____

Localidad _____

Int/Dep/Lot: _____

Zona de residencia: Urbana () Rural ()

Para los residentes en otros países:

País de origen: _____ Fecha de ingreso al país _____ / _____ / _____

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Antecedentes de haber estado enfermo por malaria?: Si [] No [] Fecha: Mes _____ Año: _____

¿Fue atendido por un establecimiento de salud?: Si [] No []

¿Ha viajado a áreas con transmisión de malaria o paludismo en los últimos 15 días? (lugar probable de contagio): Si [] No []
 Ignorado [] ¿A qué lugar?

Fecha de viaje	Localidad	Valle o río	Distrito	Provincia	Tiempo permanencia	
					Días	Semanas

¿Dónde viven los zancudos o mosquitos?: _____

¿Usa mosquitero para protegerse de los "mosquitos" o "zancudos" cuando duerme?: Si [] No []

¿Existe (n) otra (s) persona (s) con síntomas similares en la localidad donde vive o donde viajó?: Si [] No [] Ignorado []

Investigación de colaterales: " ¿Cuántas personas viven en su casa? (verificar mediante visita a la vivienda): _____

Si 1 o más colaterales se confirma por laboratorio debe notificarse y debe registrarse en otra ficha.

Apellidos y nombres	Sexo/Edad		Gota fresca		Fecha de toma de muestra	Resultado	
	M	F	Fiebre	Sin fiebre		Positivo	Negativo

(*) = Esta ficha es para uso exclusivo para la malaria por *Plasmodium falciparum*, excepcionalmente puede usarse hasta el nivel de DISA para la infección por vivax cuando sea un caso complicado.

Códigos de Zona: [1] Urbanización, [2] Villa, [3] Cooperativa, [4] Proy Municipal vivienda, [5]PPJJ/AHHH, [6] otro
 Vía: [1] Avenida, [2] Calle, [3] Pasaje, [4] Jirón, [5] Otro

IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)

Síntomas y signos			Fecha de inicio de síntomas: ____ / ____ / ____		
Dolor de cabeza	[]	Palidez	[]	Coma	[]
Dolores musculares	[]	Hepatomegalia	[]	Fiebre	[]
Escalofríos	[]	Esplenomegalia	[]		
¿Cada que tiempo presenta fiebre, sudoración y escalofríos?: Cada 24 horas [] Cada 48 horas [] Cada 72 horas []					

Hospitalizado : Si () No () Nº de Historia clínica: _____ Fecha de hospitalización: _____ / _____ / _____

Tratamiento del paciente: _____ Fecha de inicio: _____ / _____ / _____ Medicamento: _____

Resultado del tratamiento: Curado () Tratamiento incompleto () Resistente () Fallecido ()

Fecha de fallecimiento: _____ / _____ / _____

Causas del tratamiento incompleto: Vómitos [] Diarrea [] Abandono [] Otro: _____ []

V. LABORATORIO

Fecha de toma de muestra: _____ / _____ / _____ / Fecha de envío al laboratorio _____ / _____ / _____

Establecimiento de Salud	Muestra	Exámen realizado	Resultado		Fecha de exámen
	Sangre	Gota fresca	[]	[]	[]
		Frotis	[]	[]	[]
		Pruebas rápidas (tiras reactivas)	[]	[]	[]
		PCR	[]	[]	[]
	Suero	IFI	[]	[]	[]

Control parasitológico postratamiento: 7días () 14 días () 21 días () 28 días () Resultado:

VI. CLASIFICACIÓN (Marque con una "X")

Clasificación final del caso probable: Fecha: _____ / _____ / _____

Clasificación	Probable	Confirmado	Caso descartado [Anotar la causa]
Malaria grave o complicada	[]	[]	
Muerte por malaria	[]	[]	
Fracaso al tratamiento terapéutico	[]	[]	

Procedencia del caso: Autóctono [] Importado []

VII. OBSERVACIONES

Nombre de la persona que investiga el caso:

Cargo _____

Firma _____

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