



| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|------------|--|-----------|-----------|--|--------------------|--|
|   <div>Ministerio de Salud</div> | | <div>Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades</div> | | <div>MALARIA</div> <div>CIE 10 B50-B54</div> <div>FICHA CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA</div> | | | | | | | |
| Código: <div></div> | | Fecha de notificación al nivel inmediato superior ____ / ____ / ____ | | | | Fecha de investigación del caso ____ / ____ / ____ | | | | | |
| <div>I. DATOS GENERALES</div> <div>DISA _____ RED _____ Establecimiento Notificante _____</div> <div>Captación del caso: Pasiva () Activa ()</div> | | | | | | | | | | | |
| <div>II. DATOS DEL PACIENTE</div> <div>Apellido paterno _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____</div> <div>Edad: _____ Años () Sexo: M () F () DNI N° _____</div> <div>Meses () Si es menor de 1 año anotar meses</div> <div>Días () Si es menor de 1 mes anotar días</div> <div>Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: _____</div> <div>Ocupación: Agricultor () Ganadero () Turista () Obrero vial (construye y/o mantiene carreteras) ()</div> <div>Cazador y/o pescador () Minero () Otro: _____ ()</div> | | | | | | | | | | | |
| <div>Domicilio actual</div> <div>Departamento _____</div> <div>Provincia _____</div> <div>Distrito _____</div> <div>Localidad _____</div> <div>Zona de residencia: Urbana () Rural ()</div> | | | | <div>Zona : [] _____</div> <div>(especificar nombre)</div> <div>Vía : [] _____</div> <div>(especificar nombre)</div> <div>Número/km./mz. _____</div> <div>Int/Dep/Lot: _____</div> | | | | | | | |
| <div>Para los residentes en otros países:</div> <div>País de origen: _____ Fecha de ingreso al país ____ / ____ / ____</div> | | | | | | | | | | | |
| <div>III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</div> <div>¿Antecedentes de haber estado enfermo por malaria?: Si [] No [] Fecha: Mes _____ Año: _____</div> <div>¿Fue atendido por un establecimiento de salud?: Si [] No []</div> <div>¿Ha viajado a áreas con transmisión de malaria o paludismo en los últimos 15 días? (lugar probable de contagio): Si [] No []</div> <div>Ignorado [] ¿A qué lugar?</div> | | | | | | | | | | | |
| Fecha de viaje | | Localidad | | Valle o río | | Distrito | | Provincia | | Tiempo permanencia | |
| | | | | | | | | | | Días Semanas | |
| | | | | | | | | | | | |
| <div>¿Dónde viven los zancudos o mosquitos?: _____</div> <div>¿Usa mosquitero para protegerse de los “mosquitos” o “zancudos” cuando duerme?: Si [] No []</div> <div>¿Existe (n) otra (s) persona (s) con síntomas similares en la localidad donde vive o donde viajó?: Si [] No [] Ignorado []</div> <div>Investigación de colaterales: “ ¿Cuántas personas viven en su casa? (verificar mediante visita a la vivienda): _____</div> <div>Si 1 o más colaterales se confirma por laboratorio debe notificarse y debe registrarse en otra ficha.</div> | | | | | | | | | | | |
| Apellidos y nombres | | Sexo/Edad | | Gota fresca | | Fecha de toma de muestra | Resultado | | | | |
| | | M | F | Fiebre | Sin fiebre | | Positivo | Negativo | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| <div>(*) = Esta ficha es para uso exclusivo para la malaria por <i>Plasmodium falciparum</i>, excepcionalmente puede usarse hasta el nivel de DISA para la infección por <i>vivax</i> cuando sea un caso complicado.</div> | | | | | | | | | | | |
| <div>Códigos de Zona: [1] Urbanización, [2] Villa, [3] Cooperativa, [4] Proy Municipal vivienda, [5] PPJJ/AAHH, [6] otro</div> <div>Vía: [1] Avenida, [2] Calle, [3] Pasaje, [4] Jirón, [5] Otro</div> | | | | | | | | | | | |

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

[]

Sudoración

[]

Dolores musculares

[]

Hepatomegalia

[]

Fiebre

[]

Ictericia

[]

Escalofríos

[]

Esplenomegalia

[]

Otro:

[]

¿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 | <div>Gota fresca</div> <div>[]</div> <div>Frotis</div> <div>[]</div> <div>Pruebas rápidas (tiras reactivas)</div> <div>[]</div> <div>PCR</div> <div>[]</div> | <div>Positivo</div> <div>Negativo</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> <div>[]</div> | |
| | 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