



I. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA (Elegir la que corresponda)

a. Definición de caso probable (cumple con el criterio clínico y epidemiológico o laboratorial) b. Vigilancia de febriles (frente al incremento de febriles en EESS)

II. DATOS GENERALES

1. Fecha de atención o investigación: ___/___/___ 2. Fecha de notificación: ___/___/___ 3. GERESA/DIRESA/DIRIS
4. Red/RIS: 5. Micro Red: 6. EESS notificante:
7. Institución de salud: MINSA EsSalud Sanidad PNP Sanidad FFAA Privados Otros (Esp)

III. DATOS DEL PACIENTE

8. Apellido Paterno: 9. Apellido materno: 10. Nombres:
11. Fecha de Nacimiento ___/___/___ 12. Edad: 13. Sexo M F 14. Teléfono/Celular 15. Historia Clínica N°:
16. Nacionalidad: 17. Documento de identidad: DNI CE PAS S/D N° documento
18. Gestante: Si No ss 19. Ocupación: 20. Tiene comorbilidad: Si No Esp.
21. Etnia o raza: Mestizo Asiático descendiente Afrodescendiente Andino Indígena amazónico Otro: Esp.
22. Si es menor de edad: nombre del padre, madre o tutor: 23. Vínculo: 24. Celular

Dirección de residencia actual

25. Departamento 26. Provincia 27. Distrito 28. Localidad
29. Dirección: 30. Zona de residencia: Urbano Rural
31. Tipo de vía: Avenida Calle Jirón Pasaje 32. Nombre de vía:
33. Manzana: 34. Lote: 35. Número de puerta: 36. Interior: 37. Block: 38. Kilómetro:
39. Agrupamiento humano: AAHH Asociación Urbanización Centro poblado Caserío Otro
40. Nombre del agrupamiento urbano/rural: 41. Referencia:
42. Para los residentes de otros países: País de origen Fecha de ingreso al país: ___/___/___

IV. DATOS CLÍNICOS

43. Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___ 44. Tiempo de enfermedad: 45. Forma de inicio de enfermedad: Brusco Insidioso

46. Signos y síntomas:

Fiebre > 38 °c No Si T°
Cefalea leve
Dolor de pantorrillas leve
Dolor lumbar leve
Dolor abdominal leve
Vómitos
Diarrea
Astenia
Tos
Escalofríos
Inyección conjuntival
Fotofobia
Otros:.....

Signos de alarma

Cefalea intensa
Dolor de pantorrillas severa
Dolor lumbar severo
Dolor abdominal severo
Ictericia
Dificultad respiratoria
Tos con rasgos de sangre
Dolor torácico
Hipotensión
Alteración cardiaca
Signos de shock
Hemorragia
Oliguria/o Anuria
Trastorno del sensorio
Rigidez de Nuca

Clasificación clínica:

Leptospirosis leve
 Leptospirosis moderada/severa

Especificar
Especificar

V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS (en las últimas 3 - 4 semanas antes de enfermar)

47. Tuvo leptospirosis anteriormente: Si No 48. Año: 49. Vacuna contra dengue: Si No 50. Vacuna contra fiebre amarilla Si No

51. ¿Realizó algún viaje en el último mes antes de enfermar? Si No Si la respuesta es afirmativa, complete el cuadro:

Pais	Departamento	Provincia	Distrito	Localidad	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

52. ¿Ha estado en contacto con agua estancada en los últimos 30 días? Si No 53. Indique: Inundaciones Letrina/Desagüe Otro

54. ¿Ha realizado actividades recreativas/ocupacionales en canales, lago o laguna a en los últimos 30 días? Si No

55. Indique: Río Lago/laguna Piscina Canales Charco Otros

56. ¿Ha visto ratas o rastros roedores dentro o alrededor de su domicilio o lugar de trabajo? Si No

57. ¿Cría animales en casa o trabaja con animales? Si No 58. Indique: Perro Gatos Bovinos Porcinos Equinos Otro

VI. LABORATORIO

59. Hemograma: 60. Hematocrito: 61. Recuento de plaquetas: 62. Proteínas en orina:
63. Muestras obtenidas: Sangre total Suero Orina Gota gruesa o frotis LCR Fecha ___/___/___ Otros
64. Pruebas solicitadas: ELISA IgM Microaglutinación-MAT PCR cultivo Otros

VII. TRATAMIENTO

65. Tratamiento: Si No 66. Antibiótico Si No 67. Diálisis: Si No

1 _____ N° días: _____ Fecha de inicio: ____/____/____

2 _____ N° días: _____ Fecha de inicio: ____/____/____

3 _____ N° días: _____ Fecha de inicio: ____/____/____

SEGUIMIENTO

VIII. RESULTADOS DE LABORATORIO

68. Resultados primera muestra	Fecha: ____/____/____	69. Resultados segunda muestra	Fecha: ____/____/____
ELISA IGM: <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo MAT: <input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo PCR: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Cultivo: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <u>Microaglutinación-MAT</u> 1er Serovar: _____ Título: _____ 2do Serovar: _____ Título: _____ 3er Serovar: _____ Título: _____		ELISA IGM: <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo MAT: <input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo PCR: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Cultivo: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <u>Microaglutinación-MAT</u> 1er Serovar: _____ Título: _____ 2do Serovar: _____ Título: _____ 3er Serovar: _____ Título: _____	

IX. CONDICIÓN DEL CASO Y EGRESO

	Día /Mes/Año	Lugar (IPRESS u otros)
70. Hospitalizado: <input type="checkbox"/>	Fecha de hospitalización: ____/____/____	_____
71. Referido <input type="checkbox"/>	Fecha de referencia: ____/____/____	_____
72. Ingresó a UCI <input type="checkbox"/>	Fecha de ingreso: ____/____/____	_____
73. Alta <input type="checkbox"/>	Fecha de alta médica: ____/____/____	_____
74. Fallecido <input type="checkbox"/>	Fecha de defunción: ____/____/____	_____

Causas de muerte (certificado de defunción) _____

X. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A DEFINICIÓN DE CASO

	Probable	Confirmado	Descartado		Probable	Confirmado	Descartado
75. Leptospirosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79. Fiebre amarilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Dengue sin signos de alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80. Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Dengue con signos de alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81. Otro. Esp. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Dengue grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

XI. OBSERVACIONES

Resultado de gota gruesa: _____

Resultado de LCR: _____

XII. RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN

82. Nombre y Apellidos _____

83. Cargo: _____

84. Celular: _____

Firma y Sello

Caso probable:

Paciente con cuadro febril agudo (menor o igual a 7 días), que presente dos o más de los siguientes síntomas: cefalea intensa, mialgias severas, especialmente en pantorrillas y región lumbar y/o artralgias. Puede estar acompañado de inyección conjuntival/fotofobia o vómitos o diarrea o dolor abdominal o anuria/oliguria o ictericia o sangrado o dificultad respiratoria o alteraciones hemodinámicas o alteraciones del sensorio.

Para ser considerado probable, el paciente debe cumplir con al menos uno de los criterios adicionales:

1. Exposición (en las últimas 4 semanas) a:

- Fuentes de agua, aniegos u otras colecciones hídricas potencialmente contaminadas, como canales de regadío (acequias), pozas, charcos, lagos, y/o a desagües, letrinas o manejo de aguas residuales contaminadas con orina de roedores y otros animales.
- Actividades de riesgo ocupacional, como agricultores, ganaderos, recolectores de basura, limpiadores de acequias, trabajadores de agua y desagüe, gasfiteros, médicos veterinarios, técnicos agropecuarios que administran tratamiento a los animales, entre otros y/o desarrollo de actividades recreativas y deportes de aventura que tienen relación con fuentes de agua potencialmente contaminadas (ríos, cochas, acequias, lagunas y otros)
- Contacto con animales enfermos o roedores.
- Haber estado en zonas afectadas por lluvias o inundaciones.

2. O contar con pruebas de laboratorio:

- Prueba de ELISA IgM reactiva o indeterminada para detección de anticuerpos contra leptospira, o
- Pruebas de microaglutinación (MAT) con títulos inferiores a 1:800 en una sola muestra cuando no sea posible una segunda muestra.

Caso confirmado:

Caso probable que cuente con alguno de los siguientes resultados de laboratorio:

- Prueba de microaglutinación (MAT) con títulos iguales o superiores a 1:800 en una sola muestra; o,
- Seroconversión en dos muestras pareadas de suero, tomadas con un lapso igual o mayor a 14 días de evolución, con 4 o más veces el título de anticuerpos por la prueba de microaglutinación (MAT); o,
- Detección de ADN de leptospira por la prueba de la reacción de cadena de la polimerasa (PCR) a partir de sangre, orina, líquido cefalorraquídeo (LCR) o tejidos; o,
- Aislamiento de la bacteria a partir de sangre, orina, líquido cefalorraquídeo (LCR), tejidos.