

FORMULARIO DE REGISTRO INDIVIDUAL PARA MALARIA

SNUS 02-M  
Nº Clave de Muestra  
CBB Nº 00

REGIONALIZACIÓN DEL CASO	SEDES	COORDINACIÓN DE RED	MUNICIPIO	AREA		CONSULTA		BUSQUEDA	
				RURAL	URBANA	NUOVA	REPETIDA	ACTIVA	PASIVA
	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		COMUNIDAD (RURAL) / DISTRITO (URBANO)		LOCALIDAD (RURAL) / BARRIO (URBANO)				

DIAGNÓSTICO	TIPO DE CASO		FECHA — INICIO SÍNTOMAS — FIEBRE			TIPO DE PRUEBA		FECHA TOMA DE MUESTRA			FECHA DE LECTURA		
	SINTOMÁTICO	ASINTOMÁTICO	DÍA	MES	AÑO	GOTA GRUESA	PRUEBA RÁPIDA	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
RESULTADO				NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA LECTURA DE LA MUESTRA									
P.FALCIPARUM	P.VIVAX	P.MIXTA	DENSIDAD PARASITARIA p/L/L										

DATOS DEL PACIENTE	CEDULA DE IDENTIDAD	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NACIONALIDAD	ORIGEN	EDAD / SEXO		EMBARAZADA	
							MASC.	FEMEN.	NO	SI
	RESIDENCIA									
	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD / DISTRITO	LOCALIDAD / BARRIO	BARRACA / RIO / DIRECCIÓN					
ANTECEDENTES: ¿HA TENIDO MALARIA Y/O HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTIMALÁRICO EN EL ÚLTIMO AÑO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Y/O EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										
DIAGNÓSTICO PLASMODIUM		RECIBIÓ TRATAMIENTO		COMPLETÓ TRATAMIENTO		LUGAR DONDE FUE TRATADO				
FALCIPARUM	VIVAX	SI	NO	SI	NO	COORDINACIÓN DE RED				
						MUNICIPIO				
LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN — ¿EN QUE LUGAR SE ENCONTRABA HACE 15 DÍAS?						OCCUPACIÓN				
PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD / DISTRITO	LOCALIDAD / BARRIO						

TRATAMIENTO	<b>RECUERDE →</b> NO PRESCRIBIR PRIMAQUINA EN MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES. NO ADMINISTRE NEFLOQUINA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO Y EN NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES.									
	ESQUEMA DE TRATAMIENTO A ADMINISTRADO (ANOTAR LA CANTIDAD DE COMPRIMIDOS ENTREGADOS)									
	FECHA INICIO TRATAMIENTO									
	DÍA	MES	AÑO							
	PESO DEL PACIENTE									
	EN Kg.									
	TRATAMIENTO SUPERVISADO									
	SI	NO								
	REQUIERE TRATAMIENTO MALARIA GRAVE									
	SI	NO								

ORIGINAL Y TRES COPIAS QUÍMICAS: ORIGINAL-PROGRAMA REGIONAL DE MALARIA (ESTADÍSTICA) 1ª COPIA-LABORATORIO (CONTROL DE CALIDAD) 2ª COPIA-ESTABLECIMIENTO DE SALUD 3ª COPIA-TÉCNICO DE MALARIA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO	CARGO DEL FUNCIONARIO	FORMULARIO INGRESADO AL SISTEMA	FIRMA PACIENTE
		TECNICO MALARIA COLABORADOR VOLUNTARIO PERSONAL DE SALUD	SI NO	

SEGUIMIENTO	FECHA TOMA DE MUESTRA			FECHA DE LECTURA			RESULTADO				DENSIDAD PARASITARIA p/L/L
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	P.FALCIPARUM	P.VIVAX	P.MIXTA	NEGATIVA	