

FICHA EPIDEMIOLÓGICA PARA LA VIGILANCIA DE DENGUE - CHIKUNGUNYA - ZIKA

Nº 00

1. DATOS GENERALES

| | | | | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|--|---|----------------------|---|
| Fecha de notificación | | | Departamento: | Municipio: | Localidad/comunidad: | Red de Salud: |
| Día | Mes | Año | | | | |
| Establecimiento de Salud notificante: | | | Público Seguro salud Privado Otro | Teléfono o correo electrónico del Establecimiento | | Caso captado en búsqueda activa () Atención en servicio de salud () Otro, especificar () |

2. DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | | |
|---|--|-------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------|-----------|
| Nombres: | | Apellido Paterno: | Apellido Materno: | Sexo/Edad Masculino Femenino | Teléfono | Ocupación |
| En caso de menor de edad registrar el nombre de los padres o apoderado: | | | | | | |
| Residencia del Paciente | | | | | | |
| Departamento: | | Municipio: | Ciudad/Localidad/Comunidad: | Barrio/Zona/U.V.: | | |

3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

| | | | | | |
|--|---------------|----------------------|-----------------------------|-------------------|--|
| Lugar probable de infección. ¿Visito algún lugar endémico de Dengue, Chikungunya o Zika, en las últimas dos semanas? | | | | | |
| País/Lugar: | Departamento: | Provincia/Municipio: | Ciudad/Localidad/Comunidad: | Barrio/Zona/U.V.: | |
| Lugar de inicio de signos y síntomas | | | | | |
| País/Lugar: | Departamento: | Provincia/Municipio: | Ciudad/Localidad/Comunidad: | Barrio/Zona/U.V.: | |
| Si es mujer, esta embarazada: Si () No () | | FUM: | Fecha probable parto: | | |

4. DATOS CLÍNICOS

| | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| (Marque con una X los signos y síntomas que presenta el paciente) | | | | | |
| Fecha inicio de Síntomas | Día | Mes | Año | Semana epidemiológica | |
| SOSPECHA DE DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA | | | | | |
| Fiebre Aguda | Nauseas/Vómitos | Céfalea | Dolor Retro-Orbitario | Mialgias | Petequias Prueba Torniquete + |
| SOSPECHA DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA | | | | | |
| Dolor Abdominal | Vómitos Persistentes | Letargia o Irritabilidad | Sangrado de Mucosas | Otro (especificar) | |
| SOSPECHA DE DENGUE GRAVE | | | | | |
| Distres Respiratorio | Choque | Sangrado Grave | Compromiso: Grave de Órganos | Otro (especificar) | |
| SOSPECHA DE CHIKUNGUNYA | | | | | |
| Fiebre >38.5°C | Poliartralgias | Poliartritis | Mialgias | Exantema | Otro (especificar) |
| SOSPECHA DE ZIKA | | | | | |
| Exantema Pruriginoso | Conjuntivitis no Purulenta | Fiebre <38.5°C | Mialgia/Artralgia | Edema Periarticular | Otro (especificar) |

5. HOSPITALIZACIÓN

| | | | | | |
|---------------------------------------|------|------|------|--------------------------|---------------------------|
| Fué hospitalizado (a) ? Si () No () | Día | Mes | Año | Establecimiento de Salud | |
| Fecha de egreso: | Día: | Mes: | Año: | Tipo de Alta: Médica | Solicitada Fuga Defunción |

6. DEFINICIÓN DE CASO

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------|-------------------------|
| Caso sospechoso de Dengue | Caso confirmado de Dengue: | Por Laboratorio | Por Nexo Epidemiológico |
| Caso sospechoso de Chikungunya | Caso confirmado de Chikungunya: | Por Laboratorio | Por Nexo Epidemiológico |
| Caso sospechoso de Zika | Caso confirmado de Zika: | Por Laboratorio | Por Nexo Epidemiológico |

7. EXÁMENES DE LABORATORIO

| | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|--|----------------------|--------------|-----------------------------|----------------------------|
| Se tomo muestra: Si () No () | Fecha de toma de muestra: | Día: | Mes: | Año: | Tipo de muestra: | Suero() Orina() Otro () |
| Dengue: | Resultado RT-PCR: +() -() | Resultado Serológico: IgM +() -() n/c() | IgG +() -() n/c() | Zika: | Resultado RT-PCR: +() -() | |
| Chikungunya: | Resultado RT-PCR: +() -() | Resultado Serológico: IgM +() -() n/c() | IgG +() -() n/c() | Observación: | | |

8. CROQUIS DE UBICACIÓN DE DOMICILIO DE PACIENTE

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



DATOS DE LA PERSONA QUE NOTIFICA

| | | |
|-------------------|--------------------------|--|
| Nombre y cargo: | Establecimiento de Salud | FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL LLENADO DE LA FICHA |
| Teléfono/celular: | SEDES: | |