

# FICHA DE INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CARRIÓN BARTONELOSIS

ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_ N° HIST. CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL ENCUESTADOR: \_\_\_\_\_ FECHA ENCUESTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses SEXO: Masc. ( ) Femen. ( )  
 Gestante: Si ( ) No ( ) FUR: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ sem  
 Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 TIEMPO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_  
 Viaje a localidades o comunidades vecinas durante 1998  
 Fecha de viaje \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Tiempo permanencia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de viaje \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Tiempo permanencia: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA INGRESO AL ESTUDIO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 T.E.: ..... F.I.: ..... Curso: ..... O DE DIAGNOSTICO

## SINTOMAS: (Marque con una X si el paciente refiere los siguientes síntomas)

Fiebre ( )	Nauseas ( )	Polipnea ( )
Palidez ( )	Vómitos ( )	Tos ( )
Cefalea ( )	Hiporexia ( )	Expectoración ( )
Malestar general ( )	Dolor abdominal ( )	Dolor torácico ( )
Mialgias ( )	Hematoquesia ( )	Disnea ( )
Dolor articular ( )	Melena ( )	Cianosis ( )
Astenia ( )	Diarrea ( )	Convulsiones ( )
Prurito ( )	Ictericia ( )	Inyección conj. ( )
Petequias ( )	Disuria ( )	Epistaxis ( )
Equimosis ( )	Polaquiuria ( )	Cong.faringea ( )
Escalofríos ( )	Coluria ( )	Odinofagia ( )
Mareos ( )	Epigastralgia ( )	Fotofobia ( )
Verrugas ( )	Somnolencia ( )	Exitac.psicom. ( )
Lumbalgia ( )		

## FUNCIONES VITALES:

Temperatura: .....°C P.A: \_\_\_\_/\_\_\_\_ F.R.: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_Kg

## SIGNOS:

GENERALES:	Si	No		Si	No
Lúcido	( )	( )	Estado general	(B) (R) (M)	
Orientado en tiempo	( )	( )	Estado de nutrición	(B) (R) (M)	
Orientado en espacio	( )	( )	Estado de Hidratación	(B) (R) (M)	
Orientado en persona	( )	( )			

## PIEL:

Palidez: ( ) Leve: ( ) Moderada: ( ) Severa: ( )

Petequias: ( ) Localización: .....

Equimosis: ( ) Localización: .....

Lesiones eruptivas:

N°	LOCALIZACION (colocar el numero en el paréntesis)
Miliares ____	Cara ( ) Cuello ( ) Tronco ( ) Ext.Super. ( ) Ext.Infer. ( ) Sangrante ( )
Mulares ____	Cara ( ) Cuello ( ) Tronco ( ) Ext.Super. ( ) Ext.Infer. ( ) Sangrante ( )
Nodulares ____	Cara ( ) Cuello ( ) Tronco ( ) Ext.Super. ( ) Ext.Infer. ( ) Sangrante ( )

Observaciones: .....

## TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO:

Sin alteraciones ( )  
 Edema ( )  
 Miembros inferiores ( ) Palpebral ( ) Otro: \_\_\_\_\_  
 Miembros superiores ( ) Lumbosacro ( )

## GANGLIOS LINFATICOS:

Axilares:	N° ____	Tamaño: ____ mm	Móviles: ( )	Dolorosos ( )
Inguinales:	N° ____	Tamaño: ____ mm	Móviles: ( )	Dolorosos ( )
Cervicales:	N° ____	Tamaño: ____ mm	Móviles: ( )	Dolorosos ( )
Epitrocleares:	N° ____	Tamaño: ____ mm	Móviles: ( )	Dolorosos ( )

## CABEZA:

Conjuntivas: Pálidas ( ) Leve: (+/+++) Moderada: (++)/+++ Severa: (+++/+++)  
 Escleróticas: Ictéricas ( ) Leve: (+/+++) Moderada: (++)/+++ Severa: (+++/+++)  
 Inyección conjuntival ( )  
 Pupilas: CIRLA ( ) Otros: .....

## BOCA: Mucosa oral:

Faringe: Normal ( ) Congestiva ( )  
 Amígdalas Normales ( ) Hipertróficas ( ) Otros: .....  
 Congestivas ( ) Purulentas ( )

**OSTEOMUSCULAR:**

Tono muscular: .....

**Mialgias:**

Lumbar	( )	Dorsal	( )	Brazos	( )	Otros: .....
Muslos	( )	Pantorrillas	( )	Antebrazos	( )	

**Dolor articular**

Hombro	( )	Codos	( )	Muñeca	( )	Otros: .....
Cadera	( )	Rodillas	( )	Tobillos	( )	

Artritis: .....

**APARATO RESPIRATORIO:**

Murmullo vesicular: .....

Soplos: ( )

Crepitantes ( )

Subcrepitantes ( )

Sibilantes ( )

Otros: .....

**APARATO CARDIOVASCULAR:**

Ruidos cardiacos: .....

Soplos: .....

Otros: .....

**APARATO GASTROINTESTINAL:**

Ruidos hidroaéreos: .....

Hígado: .....

Bazo: .....

Otros: .....

**GENITOURINARIO:**

Puntos renoureterales: .....

Percusión lumbar: .....

Edemas: .....

Otros: .....

**NEUROLOGICO:**

Estado de conciencia: .....

Pares craneales: .....

Convulsiones: ( )

Babinsky: ( )

Signos meningeos: .....

ROT: ( )

Sensibilidad: .....

Signos de focalización: .....

Otros: .....

**HOSPITALIZADO:** a) Si ( ) b) No ( )

Fecha de hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Días de hospitalización: \_\_\_\_\_

**CONDICION DE ALTA:**

a) Curado ( ) c) Transferido ( ) e) Fallecido ( )

b) Mejorado ( ) d) Alta voluntaria ( )

**DIAGNÓSTICO CONSULTA EXTERNA O INGRESO:** **DIAGNÓSTICO DE ALTA** (Solo si fue hospitalizado)

1.- .....

1.- .....

2.- .....

2.- .....

3.- .....

3.- .....

**EVOLUCION:**

SIGNO	FECHA: Mes: ..... Año:.....											
Temperatura												
Hemoglobina												
Hematocrito												
Transfusiones (U)												
Frotis												
Hemocultivo (*)												

