



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención y
Control de EnfermedadesFICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE
TOS FERINA

Definición operativa:

1. Menor de un año de edad: Tos de cualquier duración, sin otra causa aparente, acompañada de uno o más de los siguientes signos: tos paroxística (10 o más golpes consecutivos de tos), estridor inspiratorio, vómitos después de toser o vómitos sin otra causa aparente, apnea (con o sin cianosis) o el personal de salud sospecha de tos ferina porque el caso forma parte de un conglomerado familiar caracterizado por casos de tos.

2. Mayor o igual a un año de edad: Tos de dos semanas a más de duración (Tos persistente), o de cualquier duración en el contexto de un brote, sin otro diagnóstico probable, acompañada de uno o más de los siguientes signos: tos paroxística, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o vómitos sin otra causa aparente, o el personal de salud sospecha de tos ferina: En adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores pueden presentar un cuadro subclínico caracterizado por: tos nocturna y/o tos al estímulo de la región traqueal por palpación externa. La sospecha de tos ferina debe realizarse después de descartar tuberculosis pulmonar u otro diagnóstico aparente (ej. Asma).

Código de registro N°	Fecha de conocimiento local del caso	Fecha de notificación EE.SS a Red/Microrred	Fecha de notificación Red/Microrred a Dirección Regional de Salud	Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC	Fecha de investigación (visita domiciliaria)
	__ / __ / __	__ / __ / __	__ / __ / __	__ / __ / __	__ / __ / __

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

1. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____ 2. Red de Salud: _____ 3. Micro red: _____
 4. EESS notificante: _____ 5. Inst. Adm.: MINSA EsSalud FF.AA./Sanidad Privado
 6. Caso captado en: Emergencia Consultorio externo Edificio Institucional B Edificio Comunitaria

II. DATOS DEL PACIENTE

7. Tipo documento: D.N.I () CE () PTP () Pasaporte () Otro (), Especificar: _____ 8. Nº documento: _____
 9. Apellidos y Nombres: _____ 10. Edad: _____ Años () / Meses () 11. Sexo: M () F ()
 12. Fecha de nacimiento: __ / __ / __ 13. Nº celular: _____ 14. Nacionalidad: _____ 15. Pueblo étnico: _____
 16. Etnia / raza: Mestizo _____ Andino _____ Asiático descendiente _____ Afro descendiente _____ Indígena amazónico _____ 17. Ocupación: _____
 18. Gestante: Si _____ No _____ 19. Nº de semanas de gestación: _____ 20. Puérpera: Si _____ No _____ 21. Lugar de trabajo o estudio: _____

22. Domicilio actual:

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad/Agrupamiento: _____
 Tipo de zona: _____ 1 = Urbano; 2 = Periurbano; 3 = Rural Tipo de vía: _____ (Avenida, Calle, Jirón, etc.) Nombre de vía: _____
 Nro.: _____ Mz./Lote: _____ Tiempo de residencia : _____

Referencia para localizar (a la altura de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.)

En caso sea menor de edad, indicar:

23. Nombre de madre o tutor: _____	24. Teléf. de madre o tutor: _____	25. Nº Doc. Identidad de madre o tutor: _____
------------------------------------	------------------------------------	---

III. CUADRO CLÍNICO

26. Fecha de inicio de síntomas: ____ / ____ / ____ 27. Duración en días: tos paroxística _____
 tos persistente en >=1 año _____

28. Signos y síntomas	Sí	No	Fecha de inicio
Tos paroxística (> de 10 golpes de tos)			
Tos persistente (> de 2 semanas)			
Estridor			
Otros:			

Signos y síntomas	Sí	No	Fecha de inicio
Vómitos después de la tos			
Apnea			
Cianosis			

Tratamiento

29. Paciente recibió antibiótico: Sí () No ()

30.	Nombre antibiótico	Dosis	Fecha de inicio	Vía administración	Nº Días
			/ /		
			/ /		
			/ /		

IV. SEGUIMIENTO DE COMPLICACIONES Y HOSPITALIZACIÓN

Complicaciones	Fecha de inicio
31. Neumonía Sí () No ()	____ / ____ / ____
32. Convulsiones Sí () No ()	____ / ____ / ____
33. Encefalopatía Sí () No ()	____ / ____ / ____
34. Anorexia Sí () No ()	____ / ____ / ____
35. Desnutrición Sí () No ()	____ / ____ / ____
36. Deshidratación Sí () No ()	____ / ____ / ____
37. Otitis media Sí () No ()	____ / ____ / ____
38. Otros (especificar): Sí () No ()	____ / ____ / ____ _____

Hospitalización
39. Hospitalización: Sí () No () H.Cl: _____
40. Nombre de establecimiento de salud: _____
41. Fecha de hospitalización: ____ / ____ / ____
42. Nº de días de hospitalización () 43. Dx ingreso: _____
44. Fecha de alta: ____ / ____ / ____ 45. Dx. Egreso: _____
46. Presenta alguna comorbilidad: Sí (especificar) _____ No _____ Desconocido _____
47. Se diagnosticó otras infecciones a través de pruebas de laboratorio: Sí (especificar) _____ No _____ Desconocido _____ Fecha de diagnóstico: ____ / ____ / ____

Defunción

48. Defunción: Sí () No () 49. Fecha de defunción: ____ / ____ / ____ 50. Causa básica de defunción: _____

V. ANTECEDENTES VACUNALES

* Solo considerar dosis de vacunas documentadas (en registros de vacunación en físico o en el aplicativo HIS MINSA)

51. Dosis recibidas: Pentavalente: 1º () 2º () 3º () DPT: 1er Ref. () 2do Ref. ()

52. Fecha de última dosis: _____ / _____ / _____

53. EE.SS donde se vacunó: _____

54. Si el caso es < de 1 año de edad, la madre fue vacunada durante la gestación con Tdap: Si () No ()

55. Fecha de vacunación: _____ / _____ / _____

56. Si el caso es gestante recibió: Tdap: Si () No ()

57. Semana de gestación durante la vacunación: _____

58. Fecha de vacunación: _____ / _____ / _____

VI. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN Y EXPOSICIÓN:59. ¿ En los últimos 21 días antes del inicio de la tos, viajó? Sí No

Nº	País	Departamento	Fecha de salida	Fecha de retorno

60. En los últimos 21 días antes de la tos; ¿ha tenido algún tipo de contacto con casos probables o confirmados de tos ferina? Sí No onoc 61. ¿Algún miembro de la familia o persona cercana ha tenido tos por más de 2 semanas? Si () No ()

Nº	Apellidos y Nombres	Parentesco/ vínculo	Celular	Doc. identidad	Lugar de exposición

VII. CONTACTOS DIRECTOS: Personas que han tenido contacto en el período de transmisibilidad (corresponde a dos semanas antes y tres semanas después del inicio de la tos paroxística o signo clínico de referencia)

62. Presenta contactos directos: Domiciliarios : _____ Extradomiciliarios : _____

Lugar	Nombre del lugar	Dirección	Número de contactos				
			Total	Con síntomas	Esquema de vacunación completo	Esquema de vacunación incompleto	Recibieron vacunación
Casa ()							
Nido/guardería ()							
Colegio ()							
Centro de trabajo ()							
Establecimiento de salud ()							
Otro: _____ (especificar)							

A los contactos directos identificados, complete el Formato de censo y seguimiento de contactos, que incluya además las siguientes variables: dirección, edad, sexo, ocupación, último día de exposición del caso.

VIII. LABORATORIO

63. Tipo de muestra: Hisopado nasofaríngeo () Aspirado nasofaríngeo ()

Fecha de obtención de muestra _____ / _____ / _____

Fecha de resultados _____ / _____ / _____

Resultados

64. Tipo de prueba: PCR - RT () _____ / _____ / _____ Positivo () Negativo ()

Contaminado () No viable ()

Cultivo () _____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

B. pertussis () B. parapertussis ()

B. holmesii () Bordetella sp. ()

IX. CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO65. Probable Confirmado por laboratorio Confirmado por nexo epidemiológico Descartado **X. PERSONAL DE SALUD QUE LLENA LA FICHA** (preferentemente personal que atiende el paciente):

66. Nombre del personal de salud que atiende el caso _____

67. Cargo: _____

68. Firma y Sello _____

XI. INVESTIGADOR

69. Nombre del Investigador: _____

70. Cargo: _____

71. N.º de celular: _____

Firma y Sello _____

