



PERÚ

Ministerio  
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,  
Prevención y Control de  
Enfermedades

MALARIA \* CIE 10

B50-B54

## FICHA CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA

Código: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación al nivel inmediato superior \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha de investigación del caso \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## I. DATOS GENERALES

DISA \_\_\_\_\_ RED \_\_\_\_\_ Establecimiento Notificador \_\_\_\_\_

Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( )

## II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( )

Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses

Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_

Ocupación: Agricultor ( ) Ganadero ( ) Turista ( ) Obrero vial (construye y/o mantiene carreteras) ( )

Cazador y/o pescador ( ) Minero ( ) Otro: \_\_\_\_\_ ( )

## Domicilio actual

Departamento \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Zona : [ ] \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

(especificar nombre)

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Vía : [ ] \_\_\_\_\_

(especificar nombre)

Número/km./mz. \_\_\_\_\_

## Para los residentes en otros países:

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Antecedentes de haber estado enfermo por malaria?: Si [ ] No [ ] Fecha: Mes \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

¿Fue atendido por un establecimiento de salud?: Si [ ] No [ ]

¿Ha viajado a áreas con transmisión de malaria o paludismo en los últimos 15 días? (lugar probable de contagio): Si [ ] No [ ] Ignorado [ ] ¿A qué lugar?

Fecha de viaje	Localidad	Valle o río	Distrito	Provincia	Tiempo permanencia	
					Días	Semanas

¿Dónde viven los zancudos o mosquitos?: \_\_\_\_\_

¿Usa mosquitero para protegerse de los "mosquitos" o "zancudos" cuando duerme?: Si [ ] No [ ]

¿Existe (n) otra (s) persona (s) con síntomas similares en la localidad donde vive o donde viajó?: Si [ ] No [ ] Ignorado [ ]

Investigación de colaterales: " ¿Cuántas personas viven en su casa? (verificar mediante visita a la vivienda): \_\_\_\_\_

Si 1 o más colaterales se confirma por laboratorio debe notificarse y debe registrarse en otra ficha.

Apellidos y nombres	Sexo/Edad		Gota fresca		Fecha de toma de muestra	Resultado	
	M	F	Fiebre	Sin fiebre		Positivo	Negativo

(\*) = Esta ficha es para uso exclusivo para la malaria por *Plasmodium falciparum*, excepcionalmente puede usarse hasta el nivel de DISA para la infección por vivax cuando sea un caso complicado.

Códigos de Zona: [1] Urbanización, [2] Villa, [3] Cooperativa, [4] Proy Municipal vivienda, [5]PPJJ/AAHH, [6] otro

Vía: [1] Avenida, [2] Calle, [3] Pasaje, [4] Jirón, [5] Otro

**IV .CUADRO CLÍNICO Y MANEJO** (Marque con una "X" los síntomas que presenta)

<b>Síntomas y signos</b>					Fecha de inicio de síntomas: _____ / _____	
Dolor de cabeza [ ]	Palidez [ ]	Coma [ ]	Sudoración [ ]			
Dolores musculares [ ]	Hepatomegalia [ ]	Fiebre [ ]	Ictericia [ ]			
Escalofríos [ ]	Esplenomegalia [ ]		Otro: _____			
¿Cada que tiempo presenta fiebre, sudoración y escalofríos?: Cada 24 horas [ ] Cada 48 horas [ ] Cada 72 horas [ ]						
Hospitalizado : Si ( ) No ( ) Nº de Historia clínica: _____					Fecha de hospitalización: _____ / _____	
Tratamiento del paciente: Fecha de inicio: _____ / _____ / _____ Medicamento: _____						
Resultado del tratamiento: Curado ( ) Tratamiento incompleto ( ) Resistente ( ) Fallecido ( )						
Fecha de fallecimiento: _____ / _____ / _____						
Causas del tratamiento incompleto: Vómitos [ ] Diarrea [ ] Abandono [ ] Otro: _____ [ ]						
<b>V. LABORATORIO</b> Fecha de toma de muestra: _____ / _____ / _____ Fecha de envío al laboratorio _____ / _____ / _____						
Establecimiento de Salud	Muestra	Exámen realizado		Resultado		Fecha de exámen
	Sangre	Gota fresca [ ]	Positivo [ ]	Negativo [ ]		
		Frotis [ ]	[ ]	[ ]		
		Pruebas rápidas (tiras reactivas) [ ]	[ ]	[ ]		
		PCR [ ]	[ ]	[ ]		
	Suero	IFI [ ]	[ ]	[ ]		
Control parasitológico postratamiento: 7días ( ) 14 días ( ) 21 días ( ) 28 días ( ) Resultado:						
<b>VI. CLASIFICACIÓN</b> (Marque con una "X") Clasificación final del caso probable: Fecha: _____ / _____ / _____						
Clasificación	Probable	Confirmado		Caso descartado [ Anotar la causa ]		
Malaria grave o complicada [ ]		[ ]				
Muerte por malaria [ ]		[ ]				
Fracaso al tratamiento terapéutico [ ]		[ ]				
Procedencia del caso: Autóctono [ ] Importado [ ]						
<b>VII. OBSERVACIONES</b>						
Nombre de la persona que investiga el caso: _____						
Cargo _____ Firma _____						

**Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades**

**Correo electrónico: [notificacion@dge.gob.pe](mailto:notificacion@dge.gob.pe) Teléfono 01-6314500**

Calle Daniel Olaechea N° 199 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.dge.gob.pe>

**INFOSALUD 0800-10828**