

 PERÚ Ministerio de Salud		Viceministerio de Salud Pública		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE INVESTIGACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE PAROTIDITIS CON COMPLICACIONES	
DEFINICION DE CASO DE PAROTIDITIS CON COMPLICACIONES: Toda persona que presenta los siguientes diagnosticos: orquitis (hombres), mastitis, oforitis (mujeres), perdida de la audición, meningitis aséptica, encefalitis, pancreatitis o alguna otra condición con compromiso del estado general que requiera hospitalización, puede haber presentado o no inflamación de las glándulas parótidas u otras glándulas salivales, en el contexto de un brote por parotiditis.							
CODIGO DE REGISTRO N°	Fecha de consulta	Fecha de Conocimiento local del caso	Fecha de Investigación (visita domiciliaria)	Fecha de notificación EE.SS a Red/Microred	Fecha de notificación Red/Microred a Dirección de Salud	Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC	
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN							
1. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____				2. SE: _____			
3. EESS: _____				4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud			
5. Tipo de captación (vigilancia): <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Pasiva				<input type="checkbox"/> FFAA/Sanidad <input type="checkbox"/> Privado			
				6. Lugar <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Comunidad			
II. DATOS DEL PACIENTE							
7. Apellidos y nombres: _____				8. N° Celular: _____			
9. Fecha de nacimiento: __/__/__		10. Edad: _____		<input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día			
11. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		12. N° DNI/CE/Pasaporte: _____					
13. Domicilio actual: _____				14. Nacionalidad: _____			
15. Departamento: _____				16. Distrito: _____			
17. Provincia: _____				18. Localidad: _____			
19. Etnia : <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Andino		<input type="checkbox"/> Asiático descendiente		<input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____			
<input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Indígena amazónico							
20. Nombre de la madre/tutor Gestante (SI) (NO)				Trimestre de gestación: I () II () III ()			
				N° Celular: _____			
III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN							
21. Dirección: _____							
22. Departamento: _____				23. Distrito: _____			
24. Provincia: _____				25. Localidad: _____			
¿En las ultimas 2 o 4 semanas estuvo en contacto con otro caso de parotiditis? (Si) (No) (Ignorado)							
Donde		Nombre del lugar		Dirección		N° de contactos Sanos Enf.	
Casa							
Nido/guardería							
Colegio							
Escuela Militar/policial							
Universidad/Instituto							
Centro de trabajo							
Establecimiento de Salud							
Otros (especificar)							
Este caso tuvo contacto con gestante (SI) (NO) en qué fecha: __/__/__ Trimestre de gestación en que sucedió el contacto ()							
IV. CUADRO CLÍNICO:							
26. Fecha de inicio de síntomas: __/__/__				27. ¿Presentó inflamación de glándulas parótidas? SI() NO()			
28. Fecha de inicio de parotiditis: __/__/__		29. N° días duración de parotiditis: ____		30. Unilateral () Bilateral ()			
31. Inflamación de otras glándulas salivales: Glándulas Submandibulares SI() NO () Glándulas Sublinguales SI() NO ()							
32. Complicaciones Orquitis () __/__/__ Perdida de audición () __/__/__ Meningitis () __/__/__ Ooforitis () __/__/__ Encefalitis () __/__/__ Otras (especificar): _____							
33. Hospitalización SI () NO () Nombre del EE.SS. _____ Fecha de Hospitalización __/__/__ N° de días hospitalizado _____							
34. Condición de egreso del paciente Alta Médica <input type="checkbox"/> Alta Voluntaria <input type="checkbox"/> *Referido <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Fecha: __/__/__ *Referido a : _____ Causa de muerte: _____							
V. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (considerar solo vacuna SPR)							
35. Vacunación con SPR <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		36. N° de dosis recibida ____		37. Fecha de última dosis: __/__/__			
38. EE.SS donde se vacunó: __/__/__							
VII. OBSERVACIONES							
VII. INVESTIGADOR							
39. Persona que investiga el caso: _____				40. Cargo: _____			
41. Telefono: _____		42. Email: _____		Firma y Sello _____			