



Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Salud Pública

Centro Nacional de
Epidemiología, Prevención
y Control de Enfermedades



FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR METANOL

Fecha de conocimiento del evento

___/___/___

Fecha de notificación a la
DIRIS/DIRESA/GERESA

___/___/___

Fecha de investigación

___/___/___

Fecha de notificación al SIEpi-Brotes

___/___/___

I. DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del EESS: _____

DIRIS/DIRESA/GERESA: _____ Red: _____ Microred: _____

Fecha de ingreso a Emergencia: ___/___/___ Hora de ingreso a Emergencia: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellidos: _____ Nombres: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: F ☐ M ☐ DNI/CE: _____ Embarazada: Sí ☐ No ☐ Ocupación: _____

Domicilio actual: Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Dirección: _____ Celular: _____

Acompañante: Sí ☐ No ☐ Parentesco: _____ Celular: _____

III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Lugar de ocurrencia de la intoxicación: casa ☐ bar ☐ reunión familiar ☐ discoteca ☐ trabajo ☐ calle ☐ otros: _____

Especificar dirección: _____

Tipo y nombre del producto consumido: _____ Fecha de consumo: ___/___/___ Hora: _____

Local de adquisición del producto consumido (especificar nombre y dirección): _____

IV. FACTORES DE RIESGO

Enfermedades crónicas: No ☐ Sí ☐ especificar: _____

Alcohólico crónico ☐ Adicto a las drogas ☐ Indigente ☐

V. CUADRO CLÍNICO

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___ Hora: _____

Sistema nervioso central: intoxicación leve a moderada: midriasis ☐ cefalea ☐ mareos ☐ letargia ☐ confusión ☐
intoxicación severa: coma ☐ convulsiones ☐

Visión: ojos rojos ☐ pupilas poco reactivas a la luz ☐ visión borrosa ☐ alteración del campo visual ☐ ceguera ☐

Sistema respiratorio: polipnea ☐ disnea ☐ insuficiencia respiratoria ☐

Tracto gastrointestinal: náuseas ☐ vómitos ☐ dolor abdominal ☐

Otros: _____

VI. EXÁMENES TOXICOLÓGICOS Y AUXILIARES

Fecha de toma de muestra: ___/___/___ Tipo de muestra: sangre ☐ otros: _____

Resultado: _____ mg/dl Fecha de resultado: ___/___/___

Otros exámenes: _____ Resultados: _____

Fecha de primer examen de AGA: ___/___/___ Hora: _____

PH: ___ PO₂: ___ PCO₂: ___ HCO₃: ___ Cl: ___ Na: ___ K: ___ Anión Gap: ___ Acidosis metabólica: Sí ☐ No ☐

VII. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Hospitalizado ☐ Servicio: _____ Alta voluntaria ☐ Alta ☐ Fecha: : ___/___/___

Fallecido ☐ Fecha de defunción: : ___/___/___ Hora: _____

Causa básica de la muerte (CIE-10): _____ Necropsia: Sí ☐ No ☐

VIII. CLASIFICACIÓN

Sospechoso ☐ Confirmado por criterio clínico ☐ Confirmado por criterio laboratorio ☐ Descartado ☐

IX. DATOS DEL INVESTIGADOR

Nombre del investigador: _____ Celular: _____

Firma y sello: _____