

## Ficha de investigación clínico epidemiológico de Chikungunya (CIE 10: A92.0)



Sem. Epid. N°

**I. DATOS GENERALES:**

1. Fecha de notificación:

2. Fecha de investigación:

3. DIRESA/GERESA:

4. Red/ Micro Red/ Clas

5. Institución de salud:

MINSA   
  EsSALUD   
  SANIDAD PNP   
  SANIDAD FUERZAS ARMADAS   
  PRIVADOS   
  OTROS

6. Establecimiento de salud notificante

**II. DATOS DEL PACIENTE**

7. H.Clinica N°

8. Telefono/celular del paciente o familiar

9. A. Paterno  A. Materno  Nombres

10. DNI/PASAPORTE

11. Fecha de Nacim.

12. Edad  13. Sexo  M  F

Residencia habitual

14. País  15. Departamento  16. Provincia  17. Distrito  18. Localidad (Urb, Resid, AH, etc)  19. Dirección

20. Ocupación

**III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**      ¿En qué lugar estuvo en los últimos 14 días?      (Establecer el lugar probable de infección)

1.-

2.-

21. País      22. Departamento      23. Provincia      24. Distrito      25. Localidad (Urb, Resid, AH, etc)      26. Dirección

27. Antecedentes de previos de comorbilidad:    Si  No     28. ¿Cuál comorbilidad?:     29. Gestante    Si  No

30. Conoce otras personas que presentaron fiebre y dolores articulares en los últimos 14 días?    Si  No     31. ¿Dónde?

**IV. DATOS CLINICOS**

32. Fecha de Inicio de Síntomas:

33. Fecha de Toma de Muestra:

34. Signos y síntomas (Marque con un "X" los síntomas y signos que presenta el paciente)

	Si	No		Si	No	
1. Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Otros:(Especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>
2. Dolor de articulaciones (poliartralgias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Mialgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Artritis localizada en:			6. Dolor de espalda difuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**V. EXAMENES DE LABORATORIO**

**Serología**

	Fecha Toma de Muestra	35. IgM (Título)	36. IgG (Título)	Resultado	Fecha de Resultado
1era. Muestra	<input style="width: 100px;" type="text"/>				
2da. Muestra	<input style="width: 100px;" type="text"/>				

37. PCR      Fecha Toma de Muestra

Si  Positivo  No       Fecha de Resultado

**VI. EVOLUCION**

38. Fecha de hospitalización

39. Evolución del paciente:

Alta	<input type="checkbox"/>	Fecha <input style="width: 100px;" type="text"/>
Referido	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Fallecido	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>

**VII. CLASIFICACION FINAL**

40. Caso Probable     41. Caso Confirmado     42. Caso descartado     43. Especificar la causa de descarte

**VIII. PROCEDENCIA DEL CASO**

44. Autóctono     45. Importado nacional     46. Importado internacional

**IX. OBSERVACIONES**

**VIII. DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA INVESTIGACIÓN**

Nombre del Investigador

Cargo:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma y Sello \_\_\_\_\_