



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro 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 Notificante 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 Distrito Localidad Zona de residencia: Urbana () Rural ()

Zona : [] (especificar nombre) 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?

Table with 6 columns: Fecha de viaje, Localidad, Valle o río, Distrito, Provincia, and Tiempo permanencia (Días, Semanas).

¿Donde 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.

Table with 7 columns: Apellidos y nombres, Sexo/Edad (M, F), Gota fresca (Fiebre, Sin fiebre), Fecha de toma de muestra, Resultado (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)

Síntomas y signos				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: _____ []

V. LABORATORIO

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:

VI. CLASIFICACIÓN (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 []

VII. OBSERVACIONES

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 Teléfono 01-6314500
 Calle Daniel Olaechea N° 199 Jesús María Lima 11
 Dirección electrónica: <http://www.dge.gob.pe>
INFOSALUD 0800-10828