



PERÚ

Ministerio  
de SaludCentro Nacional de  
Epidemiología, Prevención y  
Control de EnfermedadesFICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA  
VARICELA COMPLICADA

## DEFINICION DE CASO DE VARICELA COMPLICADA

Todo caso que presente exantema máculo pápulo vesicular que evoluciona a costra (con polimorfismo regional), de presentación céfalo caudal, muy pruriginosa, con o sin fiebre; y, que además presenta cualquiera de las siguientes manifestaciones: sobreinfecciones de piel y partes blandas (impétigo, celulitis, absceso, fascitis necrotizante, paniculitis, otras); neurológicas (cerebelitis, encefalitis, meningitis, mielitis, síndrome de Guillain Barré); respiratoria (neumonitis, neumonías); hematológicas (síndrome hemorrágico); visceral o diseminada (miocarditis, pericarditis, hepatitis, nefritis); u otras complicaciones, o que por el compromiso del estado general, requiera hospitalización.

CODIGO DE REGISTRO N°	Fecha de hospitalización	Fecha de Investigación (visita domiciliaria)	Fecha notificación EESS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a Dirección de Salud	Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC
	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

## I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

DISA/ DIRESA/ GERESA \_\_\_\_\_ RED \_\_\_\_\_ Nombre del EESS \_\_\_\_\_  
 Captación del caso: Vigilancia pasiva ( ) Vigilancia activa ( )

## II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombres : \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Años / Meses Sexo M [ ] F [ ]  
 Nombre de la madre/tutor: \_\_\_\_\_ Telf/Celular: \_\_\_\_\_

## Domicilio actual:

Departamento \_\_\_\_\_ Nombre de zona \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_ Tipo de vía (Av. Jr. Calle Psj. Otro) \_\_\_\_\_  
 Distrito \_\_\_\_\_ Nombre de vía \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Número/Km./Mz. \_\_\_\_\_

## Referencia para localizar:

## III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN:

Departamento: \_\_\_\_\_ Nombre de zona : \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Tipo de vía (Av. Jr. Calle Psj. Otro): \_\_\_\_\_  
 Distrito: \_\_\_\_\_ Nombre de vía: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Número/Km./Mz.: \_\_\_\_\_

¿En las últimas 2 a 3 semanas estuvo en contacto con otro caso de varicela? (Si) (No) (ignorado)

Dónde:	Nombre del lugar	Dirección	N° contactos	
			Sanos	Enf.
Casa ( )				
Nido/guardería ( )				
Colegio ( )				
Universidad/Instituto ( )				
Centro de trabajo ( )				
Establecimiento de salud ( )				
Otros (especificar) ( )				

Este caso tuvo contacto con gestante (SI) (NO) en qué fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Semanas de gestación en que sucedió el contacto [ ]

## IV. CUADRO CLÍNICO

Fecha inicio erupción de lesiones dérmicas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha inicio de fiebre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° días duración: ( )  
 Tipo de lesión dérmica: mácula ( ) pápula ( ) vesícula ( ) costra ( ) Temperatura: \_\_\_ °C

Complicaciones:	(Si) (No)
Sobreinfección de piel y partes blandas	( ) Neurológicas ( )
Respiratorias	( ) Hemorrágicas ( )

## Otras (especificar):

<b>Condición de riesgo:</b> (Si) (No)		Malformación congénita ( )					
Inmunosupresión ( )		Desordenes metabólicos ( )					
Asma ( )		Enfermedades reumatológicas ( )					
Cáncer ( )		Enfermedades cardíacas ( )					
Gestante: ( )		Otras (especificar) ( )					
N° semanas de gestación [ ]							
<b>Condición de egreso del paciente</b>							
Alta médica ( )	Alta voluntaria ( )	Referido ( )	Fallecido ( )				
Fecha: ___/___/___							
Referido a:							
Causa de muerte:							
<b>VI. ANTECEDENTES DE VACUNACION</b>							
Solo considerar dosis de vacuna con componente antivariçela:							
Número de dosis recibida: _____ Fecha de última dosis: ___/___/___ Fuente de verificación: _____							
<b>VII. LABORATORIO</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No está indicado la obtención de muestra rutinaria para diagnóstico de varicela, dado que ésta es eminentemente clínico.</li> <li>- Las muestras de laboratorio <b>SOLO</b> se indican en casos complicados graves en los que no se tenga certeza del diagnóstico clínico.</li> </ul>							
Tipo de muestra	Fecha de obtención de 1° muestra	Fecha envío EE SS, Red / Microrred	Fecha envío Red / Microrred a LRR	Fecha envío LRR a INS	Fecha emisión resultado INS	Resultado	Observaciones
Suero	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___		
Hisopado de vesícula	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___		
<b>X. OBSERVACIONES</b>							
Nombre de la persona que investiga el caso: _____ Teléfono _____							
Cargo _____ email _____							
Firma _____							

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – Ministerio de Salud  
 Correo electrónico: [notificacion@dge.gob.pe](mailto:notificacion@dge.gob.pe) - Telefax 01 – 631 – 4500, Calle Daniel Olaechea 199, Jesús María - Lima 11

**INFOSALUD 0800-10828**

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica