

MINISTERIO DE SALUDDIRECCIÓN GENERAL DE
EPIDEMIOLOGÍA**EDA GRAVE - CÓLERA**

(CIE 10: A00 - A09)

FICHA CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA

CÓDIGO FECHA DE NOTIFICACIÓN: ___/___/___ FECHA DE INVESTIGACIÓN DEL CASO: ___/___/___**I. DATOS GENERALES**DISA: _____ Red: _____ Establecimiento notificante: _____
Captación del caso: Pasiva () Activa () Vigilancia Comunal () Seguimiento de contactos ()**II. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____

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: _____

Domicilio actual

Departamento: _____

Provincia: _____

Distrito: _____

Localidad: _____

Zona de residencia: Urbana () Rural ()

Zona¹: [] _____

(especificar nombre)

Vía²: [] _____

(especificar nombre)

Número / Km. / Mz.: _____

Int. / Dep. / Lote: _____

Para los residentes en otros países:

País de origen: _____ Fecha de ingreso al país: ___/___/___

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**Establecer la fuente de infección****3.1. ¿En los últimos 3 días el agua que tomó, de donde la obtuvo?**Del caño dentro de su casa () Del caño público () De un pozo () De un río ()
De un "puquial" (manantial) () De un camión cisterna () Fue embotellada () Otro _____**3.2. ¿Almacena el agua de consumo doméstico? Sí () No ()****3.3. ¿En qué tipo de recipiente lo almacena?**Tanque elevado () Cilindro ()
Tanque bajo () Otro _____**3.4. Verificar si el agua está clorada a través del comparador (anotar el nivel de cloro): _____****3.5. Verificar si los recipientes tienen tapa _____****3.6. ¿En los últimos 3 días dónde ha consumido alimentos?**Sólo los que han sido preparados en mi casa () En un restaurante () En un ambulante ()
En una pensión () En un mercado () Otro _____**3.7. Para los menores de 2 años**Ingiere leche en biberón () Consume los mismos alimentos que los adultos en la casa ()
Recibe lactancia materna ()**3.8. La eliminación de las excretas se hace por:**Red pública dentro de la vivienda (alcantarillado) ()
Red pública fuera de la vivienda, pero dentro del edificio (alcantarillado) () Sin servicio ()
Pozo negro o ciego o silo/letrina () Otro: _____**3.9. ¿Algún miembro de su familia ha sufrido de diarrea en los últimos 3 días? Sí () No ()****IV. CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)****Síntomas y signos**Diarrea () Fiebre () Fecha de inicio de la diarrea ___/___/___
Dolor abdominal () Cefalea () Número de días de duración de la diarrea: _____
Náuseas () Malestar General () Consistencia de la deposición:
Vómitos () Calambres () Acuosa o líquida () Grumosa () Pastosa ()
Artralgias ()¹ Códigos de Zona: [1] Urbanización, [2] Villa, [3] Cooperativa, [4] Proyecto Municipal de vivienda [5] PJJ / AAHH [6] Otro² Vía: [1] Avenida, [2] Calle, [3] Pasaje, [4] Jirón, [5] Otro

Características de la diarrea:			N° Historia Clínica: _____			
Tipo de diarrea:	EDA acuosa ()	EDA disintérica ()	EDA persistente ()			
Presencia de:	Moco ()	Sangre ()	Moco y sangre ()	Número de deposiciones por día: _____		
Clasificación de la diarrea:						
Con deshidratación	()	Sin deshidratación	()			
Con deshidratación leve	()	Con deshidratación moderada	()	Con deshidratación grave	()	Shock ()
Tratamiento:						
Plan de tratamiento:	A ()	B ()	C ()	Tratamiento antibiótico: Sí () No ()		
Antibiótico usado	Tetraciclina ()	Cotrimoxazol ()	Doxiciclina ()	Ciprofloxacina ()		
	Cloranfenicol ()	Otro _____				
Evolución del paciente:						
Alta:	Sí () No ()	Hospitalizado:	Sí () No ()	Complicaciones: Sí () No () Ignorado ()		
Fecha:	___/___/___	Fecha:	___/___/___			
Complicaciones:						
Fallecido:	Sí () No ()	Hora:	_____	Fecha: ___/___/___		
Shock hipovolémico	()	Lugar de fallecimiento:	En el establecimiento de salud ()	En casa ()		
Acidosis	()					
Insuficiencia renal	()	Transferencia:	Sí () No ()			
Edema agudo de pulmón	()	Para hospitalización	()	Para diálisis ()		
V. LABORATORIO						
Fecha de toma de muestra:	___/___/___	Fecha de envío al laboratorio	___/___/___			
Fecha de recepción en laboratorio:	___/___/___					
Establecimiento de Salud	Muestra	Examen realizado	Resultado		Serogrupo	Serotipo
			Positivo	Negativo		
	Heces ()	Cultivo ()			O1 ()	Ogawa ()
	Suero ()	Otro ()	()	()	O139 ()	Inaba ()
	Vómitos ()					Hikojima ()
Otro microorganismo aislado: _____						
El caso de cólera fue confirmado por laboratorio: () Nexa epidemiológico de un caso confirmado: ()						
VI. CLASIFICACIÓN (Marque con una "X")						
Clasificación final del caso probable:				Fecha: ___/___/___		
Sospechoso	Probable	Confirmado	Compatible	Caso descartado [Anotar la causa]		
()	()	()	()	_____		
VII. OBSERVACIONES						
Nombre de la persona que investiga el caso: _____						
Cargo: _____ Firma: _____						

Dirección General de Epidemiología - MINSA

Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01 - 631-4500

Ca. Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María - Lima

Dirección electrónica: [Http://www.dge.gob.pe](http://www.dge.gob.pe)

INFOSALUD 0800-10828

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