

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

Diagnóstico inicial _____

I. Datos de la unidad

1 Nombre Unidad que investiga _____ 2 Fecha de investigación: ____ día ____ mes ____ año

3 Ubicación Unidad: _____
 Provincia _____ Cantón _____ Parroquia _____

II. Datos de identificación del caso

4 Nombre: _____ 5 Sexo ____ H ____ M ____
 Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

6 Edad: ____ años ____ meses ____ días 7 Estado civil _____ 8 Escolaridad _____

9 Ocupación _____ 10 Telf _____

11 Lugar residencia: _____
 Provincia _____ Cantón _____

Dirección exacta (barrio, localidad) _____

12 Nombre de la madre o responsable _____

III. Datos clínicos del caso

13 Signos y síntomas:

Fecha inicio de cuadro clínico: ____ hora ____ día ____ mes ____ año
 Fecha inicio de sintoma/signo relevante: ____ hora ____ día ____ mes ____ año Nº días ____

Adenopatías	<input type="checkbox"/>	Cianosis	<input type="checkbox"/>	Escalofríos	<input type="checkbox"/>	Prurito	<input type="checkbox"/>
Alt. neurológicas del nivel periférico	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Espasmo muscular	<input type="checkbox"/>	Rigidez muscular	<input type="checkbox"/>
Alt. neurológicas del nivel central	<input type="checkbox"/>	Deshidratación	<input type="checkbox"/>	Estridor respiratorio	<input type="checkbox"/>	Sangrados	<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>
Apnea	<input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	Trismus	<input type="checkbox"/>
Artralgia	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Mialgias	<input type="checkbox"/>	Visión borrosa	<input type="checkbox"/>
Ascitis	<input type="checkbox"/>	Dolor garganta	<input type="checkbox"/>	Nausea/vómitos	<input type="checkbox"/>		
Cefalea	<input type="checkbox"/>	Erupción	<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>		
Otros signos y síntomas:	_____						

14 Caracterizar el/los signos/síntomas más relevantes:

15 Recibió tratamiento: Si No Especifique cual _____

Evolución: Mejoró Igualas condiciones Empeoró Lugar donde recibió tratamiento: _____
 Domicilio Unidades de Salud del MSP
 Farmacia Otras Unidades de sector Público
 Unidades de Salud Privadas

16 Hospitalizado: Si No Fecha de hospitalización: ____ día ____ mes ____ año Nº HCl _____ Servicio _____

Nombre del hospital _____ 17 Ingreso a UCI Si No

18 Condicion egreso: Vivo Muerto 19 Fecha fallecimiento ____ día ____ mes ____ año

IV. Datos epidemiológicos del caso

20 Antecedente vacunal: Si No Desconoce

BCG <input type="checkbox"/>	HB <input type="checkbox"/>	Rota <input type="checkbox"/>	OPV <input type="checkbox"/>	Penta <input type="checkbox"/>	Influenza <input type="checkbox"/>	Neumococo Conjugado <input type="checkbox"/>	SR <input type="checkbox"/>
FA <input type="checkbox"/>	DT <input type="checkbox"/>	X DPT <input type="checkbox"/>	dT <input type="checkbox"/>	SRP <input type="checkbox"/>	Varicela <input type="checkbox"/>	Neumococo Polisacarido <input type="checkbox"/>	Otras: _____

21 Fecha de última dosis: ____ día ____ mes ____ año 22 Nº de dosis recibidas ____

23 Fuente de información: Tarjeta vacunación Registro servicio salud Verbal

24 Antecedente de Animal Persona sintomática Alimentos Agua/suelos Basurales Ninguno
 contacto con: Metanol Metales pesados Solventes Plaguicidas Otros: _____

25 _____
 Lugar geográfico _____ Forma de contacto _____ Origen/tipo/nombre del objeto de contacto _____

26 Fecha de contacto ____ día ____ mes ____ año ____ hora

IV. Datos epidemiológicos del caso

- 27 En caso contacto con agua/alimentos, verifique su procedencia:
 Casa Restaurante Calle Reunión social Otro: _____
- 28 Tipo de exposición: Ocupacional Intencional suicida Reacción adversa Otras: _____
 Accidental Intencional homicida Desconocida _____
- 29 Antecedentes de transfusión sanguínea Si No 30 Embarazada si No Semanas de gestación _____
- 31 Antecedentes de viaje, visita: Si No Lugar: _____ Fecha de estadía Desde
 Hasta
 día mes año
- 32 Caracterizar los factores de riesgo identificados:

33 Información de contactos periodo de incubación y transmisibilidad:

Nombre	Edad	Sexo	Relación con el caso	Dirección domiciliaria/telef	Enfermó		Fecha de inicio de síntomas	Observaciones
					Si	No		

- V. Laboratorio
 34 Se tomó muestra de laboratorio Si No 35 Antes de dar tratamiento Si No
 36 Tipo de muestra HISOPADO NASOFARINGEO, SUERO Y URINA
 37 Resultado de laboratorio _____

- VI. Clasificación final
 38 Diagnóstico definitivo _____ Confirmado por: Laboratorio Clínica Nexo
 39 Es caso aislado Es parte de brote o epidemia

- VII. Actividades de control ejecutadas
 40 Actividades generales: Si No día mes año Observaciones
 Visita domiciliaria
 Búsqueda activa de casos N° de casos sospechosos encontrados _____
 Seguimiento de contactos Fecha de último día de seguimiento _____
- 41 Actividades específicas: Si No día mes año Observaciones
 Vacunación de bloqueo
 Profilaxis a los contactos
 Monitoreo rápido de cobertura % de vacunados que se encontró _____
 Tratamiento de criadero de vectores
 Describa otras actividades de control realizadas:

42 Responsable _____ Nombre _____ Firma: _____
 43 Fecha: _____ día _____ mes _____ año _____