**FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE PALUDISMO (MALARIA)**

**DATOS: OC-19**

1 **N° Muestra:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2 **Nombre Establecimiento de Salud / Puesto de Diagnóstico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 **Fecha inicio síntomas:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ 4**Fecha toma muestra:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

5 **Apellidos y nombres:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6 **No. cédula identidad o pasaporte:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7 **Tipo de búsqueda:** **a.-** Pasiva ( ) **b.-** Reactiva ( ) **c.-** Proactiva ( )

8 **Edad:** \_\_\_\_ ( )9 **Sexo:** M ( ) F ( ) 10 **Embarazo:** Sí ( ) No ( ) 11**Semanas gestación:** (\_\_\_\_\_\_\_\_)

12 **\*Autoidentificación étnica del paciente:** Indígena ( ) Afroecuatoriano/Afrodescendiente ( ) Negro/a ( )

Mulato/a ( ) Montubio/a ( ) Mestizo/a ( ) Blanco/a ( ) No sabe/no responde ( ) Otro( )

13 **Procedencia del paciente:**

**Provincia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Cantón:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Parroquia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Localidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección domiciliaria:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14 **Sitio probable de infección:**

**Provincia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Cantón:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Parroquia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Localidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Latitud:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \***Longitud:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15 **Nombre jefe familia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16 **Fecha de Examen:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ 17 **Resultado:** Gota gruesa/frotis ( ) Prueba rápida ( )

18 **Diagnóstico:** *P. falciparum* ( ) *P. vivax* ( ) Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 19 **Gametocitos:** Sí ( ) No ( )

20 **Densidad parasitaria:** (cantidad)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parásitos / µl

21 **Malaria grave:** Sí ( ) No ( )

22 **Fecha inicio tratamiento:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 23 **Número teléfono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*No es variable del OC-19, pero sí es necesario incluir este dato para los análisis**

**IDENTIFICACIÓN DEL ORIGEN DEL CASO:**

1 **Hay otros enfermos con iguales síntomas:** Sí ( ) No ( ) 2**Dónde:**  Casa ( ) Vecinos ( )

3 **En qué lugar trabaja el paciente?**

**Provincia** **Cantón** **Parroquia** **Localidad/Barrio**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 **Ocupación / en qué trabaja el paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 **Ha visitado o dormido fuera de su comunidad en el último mes el paciente:** Sí ( ) No ( )

**¿En caso de afirmación señalar, DÓNDE?**

**Provincia** **Cantón** **Parroquia** **Localidad/Barrio**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6 **Clasificación del caso:** Autóctono ( ) Importado ( ) Introducido ( ) Inducido ( )

7**Caso repetidor**: Sí ( ) No ( ) **Fecha de la anterior infección**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO PRESCRITO:**

1 **Recibió la prescripción gráfica / receta para la toma de los antimaláricos:** Si ( ) No ( )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \*Medicamento prescrito | Presentación  (tableta o ampolla / mg) | Peso / Edad | Número de tabletas/ampollas total prescritas\*\* | Vía de administración  VO: vía oral - IV: intravenosa - IM: intramuscular |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\* Abreviatura de la droga o combinación de medicamentos: AL para artemeter-lumefantrina ; CL para cloroquina; QU para la quinina; AS artesunato; P para primaquina.**

**\*\* Guiarse con los esquemas de tratamiento actualizados.**

3 **Tomó la primera dosis del medicamento en presencia de personal de salud:** Sí ( ) No ( )

4 **Días entre inicio de síntomas y diagnóstico:** ( )

5 **Días entre diagnóstico e inicio de tratamiento:** ( )

**Nombre y apellido del investigador:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6 **Fecha de inicio de la investigación**: \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE PALUDISMO (MALARIA)**

**Nombre Establecimiento de Salud / Puesto de Diagnóstico** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de la primera muestra** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Año**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Apellidos y nombres del paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 **El tratamiento prescrito es específico y adecuado para la especie parasitaria:** Sí ( ) No ( )

2 **Ha tomado todo el tratamiento prescrito:** Sí ( ) No ( ) Valoración día 3 para *P.f.* y día 14 para *P.v*.

3 **Existencia del medicamento en el blíster:** Sí ( ) No ( ) Valoración día 3 para *P.f.* y día 14 para *P.v*.

4 **Sintomatología atribuida al medicamento:** Sí ( ) No ( ) En qué fecha? \_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_\_

Si la respuesta es positiva llenar la tarjeta amarilla para notificación al Centro Nacional de Farmacovigilancia

5  **Sintomatología clínica:** Sí ( ) No ( )

**Fiebre: en qué días** ( )

**Vómito: en qué días** ( )

**Otros, especifique**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6 **SEGUIMIENTO: OBSERVAR EL TIPO DE *Plasmodium* QUE TUVO EL PACIENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Día de control** | | 6.1  **Fecha de control** | 6.2 **Número de muestra** | 6.3  **Fecha de toma de muestra** | 6.4  **Fecha de examen** | 6.5 **Diagnóstico:**  **Negativo**  ***Pf / Pv*** | 6.6  **Densidad parasitaria por *µ*l** | 6.7  **Presencia de gametocitos**  **de *Pf* (cantidad/*µ*l)** | 6.8  **Sintomatología clínica**  **(anotar los signos y síntomas presentes)** |
| ***Pf*** | ***Pv*** |
| **1** | **1** | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |  |
| **2** | **2** | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |  |
| **3** | **3** | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |  |
| **7** | **7** | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |  |
| **14** | **14** | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |  |
| **21** | **21** | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |  |
| **28** | **28** | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |  |
| **42** | **60** | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |  |
|  | **90** | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |  |
|  | **120** | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |  |

7 **En los controles realizados existió resultado positivo: Sí ( ) No ( ) Días:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8 **Realizó búsqueda de colaterales:** Sí ( ) No ( ) Fecha de la búsqueda \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

# Gota gruesa/frotis ( ) # PDR ( ) # personas examinadas ( )

# personas positvas con *Pf* ( ) # personas positvas con *Pv* ( ) # personas positvas con *Inf mixta* ( )

\*Adjuntar OC-13

9 **Análisis del Caso - Cierre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Detalle:** Hipótesis del origen del caso, resolución de la sintomatología clínica, adherencia al tratamiento por los servicios de salud y por el paciente, aclaramiento parasitario y eficacia o falla terapéutica.

10 **Nombre y Apellido del investigador:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11 **Fecha final de la investigación**: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Actualización: 2024 / MSP-DNEPCET- OPS/OMS**