

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: _HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERON_			2	Fecha de investigación:													
	3	Ubicación Unidad:			PICHINCHA		QUITO		CALDERON										
					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:							7	Estado civil: _____			8	Escolaridad: _____					
					años		meses		días										
	9	Ocupación:									10	Telf.: _0997484510_							
	11	Lugar residencia:			PICHINCHA														
					Provincia		Cantón		Parroquia										
					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		Nº días			
					Fecha inicio de síntoma/signo relevante:														
								hora		día		mes		año					
		Adenopatías				Cianosis				Escalofríos				Prurito					
		Alt. Neurológicas del nivel central				Convulsión con fiebre				Espasmo muscular				Rigidez muscular					
		Alt. neurológicas del nivel periférico				Deshidratación				Estridor respiratorio				Sangrados					
		Anorexia				Diarrea				Fiebre				Tos					
	Apnea				Dificultad respiratoria				Ictericia				Trismus						
	Artralgia				Dolor abdominal				Mialgias				Visión borrosa						
	Ascitis				Dolor garganta				Nausea/vómitos				Oncocercomas						
	Cefalea				Erupción				Parálisis				Sudoración Nocturna						
	Otros signos y síntomas: _____																		
	14	Caracterizar el/los signos/ síntomas más relevantes:																	

III. Datos

15	Recibió tratamiento:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique cual _____	Duración del tratamiento especificar en días: _____
	Evolución:	Mejóro <input type="checkbox"/>		Lugar donde recibió tratamiento:	Unidades de Salud del MSP <input type="checkbox"/>
		Iguales condiciones <input type="checkbox"/>		Domicilio <input type="checkbox"/>	Otras Unidades de sector Público <input type="checkbox"/>
		Empeoró <input type="checkbox"/>		Farmacia <input type="checkbox"/>	Unidades de Salud Privadas <input type="checkbox"/>
16	Hospitalizado:	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de hospitalización: <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año	N° HCL _____ Servicio _____
Nombre del hospital: HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN _____					
17	Ingreso a UCI	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
18	Condición egreso:	Vivo <input type="checkbox"/>	Muerto <input type="checkbox"/>	19	Fecha fallecimiento: <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año

IV. Datos epidemiológicos del caso

20	Antecedente vacunal:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconoce <input type="checkbox"/>					
	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"/>	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:	<input type="text"/> día	<input type="text"/> mes	<input type="text"/> año	22	Nº de dosis recibidas	<input type="text"/>		
23	Fuente de información:	Tarjeta de vacunación <input type="checkbox"/>		Registro servicio salud <input type="checkbox"/>	Verbal <input type="checkbox"/>				
24	Antecedente de contacto con:								
	Animal vivo <input type="checkbox"/>	Animales muertos <input type="checkbox"/>	Agua/suelos <input type="checkbox"/>	Basureros <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>				
	Metanol <input type="checkbox"/>	Persona sintomática <input type="checkbox"/>	Alimentos <input type="checkbox"/>	Plaguicidas <input type="checkbox"/>	Otros: _____				
25	Lugar geográfico _____		Forma de contacto _____		Origen/tipo/nombre del objeto de contacto _____				
26	Fecha de contacto	<input type="text"/> día	<input type="text"/> mes	<input type="text"/> año	<input type="text"/> hora				

27	En caso contacto con agua/alimentos, verifique su procedencia:				
	Casa <input type="checkbox"/>	Restaurante <input type="checkbox"/>	Calle <input type="checkbox"/>	Reunión social <input type="checkbox"/>	Otro: _____
28	Tipo de exposición:	Ocupacional <input type="checkbox"/>	Desconocida <input type="checkbox"/>		
		Accidental <input type="checkbox"/>	Otras _____		

[illegible]

Vr.	Clasificac	final	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">41</div> <div>Es caso aislado</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: 20px;"> </div> </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div>Es parte de brote o epidemia</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: 20px;"> </div> </div>																																				
VII. Actividades de control ejecutadas	42	Actividades generales:		Si	No	día	mes	año	Observaciones: _____																																
		Visita domiciliaria Búsqueda activa de casos Seguimiento de contactos	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																		
43	Actividades específicas:		Si	No	día	mes	año	Observaciones: _____																																	
	Vacunación de bloqueo Profilaxis a los contactos Monitoreo rápido de cobertura Tratamiento de criadero de vectores Describa otras actividades de control realizadas: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													% de vacunados que se encontró: _____ _____ _____																		
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">44</div> <div>Responsable</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: 20px;"> </div> </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div>Nombre:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: 5px;"> </div> </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div>Firma:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: 5px;"> </div> </div>																																					
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">45</div> <div>Fecha:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: 5px;"> </div> </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> </div> <div>día</div> </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> </div> <div>mes</div> </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> </div> <div>año</div> </div>																																			

