

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: <u>HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERON</u>	2 Fecha de investigación: <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año						
	3 Ubicación Unidad: <input type="text"/> PICHINCHA <input type="text"/> QUITO <input type="text"/> CALDERON	Provincia Cantón Parroquia						
	4 Nombre: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Primer Apellido Segundo Apellido	Primer nombre Segundo nombre	5 Sexo <input type="text"/> H <input type="text"/> M				
	6 Edad: <input type="text"/> años <input type="text"/> meses <input type="text"/> días	7 Estado civil: _____	8 Escolaridad: _____					
	9 Ocupación: _____	10 Telf.: <u>0997484510</u> _____						
	11 Lugar residencia: <input type="text"/> PICHINCHA	Provincia Cantón Parroquia						
	Dirección exacta (Barrio, localidad): _____							
	12 Nombre de la madre o responsable: _____							
	13 Signos y síntomas:	Fecha inicio de cuadro clínico: <input type="text"/> hora <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año	Nº días <input type="text"/>					
		Fecha inicio de síntoma/signo relevante: <input type="text"/> hora <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año						
	Adenopatías Alt. Neurológicas del nivel central Alt. neurológicas del nivel periférico Anorexia Apnea Artralgia Ascitis Cefalea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cianosis Convulsión con fiebre Deshidratación Diarrea Dificultad respiratoria Dolor abdominal Dolor garganta Erupción	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Escalofríos Espasmo muscular Estridor respiratorio Fiebre Ictericia Mialgias Nausea/vómitos Parálisis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prurito Rigidez muscular Sangrados Tos Trismus Visión borrosa Oncocercomas Sudoración Nocturna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Otros signos y síntomas:							
14 Caracterizar el/los signos/ síntomas más relevantes:								
clínicos del caso								

III. Datos

15 Recibió tratamiento:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique cual _____	Duración del tratamiento especificar en días: _____	
Evolución:	Mejoró Iguales condiciones Empeoró	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lugar donde recibió tratamiento:	Domicilio <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/>	Unidades de Salud del MSP Otras Unidades de sector Público Unidades de Salud Privadas
16 Hospitalizado:	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de hospitalización:	<input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año	Nº HCL _____ Servicio _____
Nombre del hospital: HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN _____					17 Ingreso a UCI Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
18 Condición egreso:	Vivo <input type="checkbox"/>	Muerto <input type="checkbox"/>	19 Fecha fallecimiento <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> 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 Polisacárido <input type="checkbox"/>	Otras _____
21 Fecha de última dosis:	<input type="checkbox"/> día	<input type="checkbox"/> mes	<input type="checkbox"/> año	22 Nº de dosis recibidas <input type="checkbox"/>			
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="checkbox"/> día	<input type="checkbox"/> mes	<input type="checkbox"/> año	<input type="checkbox"/> hora			
27 En caso contacto con agua/alimentos, verifique su procedencia:							
Casa <input type="checkbox"/>	Restaurante <input type="checkbox"/>	Calle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reunión social <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	
28 Tipo de exposición:	Ocupacional <input type="checkbox"/>	Accidental <input type="checkbox"/>	Desconocida <input type="checkbox"/>	Otras _____			

V.
Clasificar
final

41

Es caso aislado

Es parte de brote o epidemia

42

Actividades generales:

Visita domiciliaria

Si	No

día	mes	año

Observaciones: _____

Búsqueda activa de casos

Nº de casos sospechosos encontrados: _____

Seguimiento de contactos

Fecha de último día de seguimiento: _____

43

Actividades específicas:

Vacunación de bloqueo

Si	No

día	mes	año

Observaciones: _____

Profilaxis a los contactos

Monitoreo rápido de cobertura

Tratamiento de criadero de vectores

Describa otras actividades de control realizadas: _____

44

Responsable

Nombre: _____

Firma: _____

45

Fecha:

dia

mes

año

