



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Ficha de Investigación Clínico-Epidemiológica de Malaria

CIE 10: Malaria debido P. falciparum (B50), Malaria debido P. vivax (B51), Malaria debido P. malariae (B52)

1. Fecha de notificación:

2. Fecha de investigación:

3. Tipo de vigilancia:

Pasiva

Activa

SE

I. IDENTIFICACIÓN UBICACIÓN DEL CASO

4. Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

5. Nacionalidad

6. DNI/Pasaporte:

7. Edad (años):

8. Género:

M

F

9. Gestante:

SI

NO

IGNORA

10. Trimestre:

1ro

2do

3ro

11. Etnia:

1=Mestizo, 2=Afrodescendiente, 3=Andino, 4=Indígena Amazónico, 5=Asiático descendiente, 6=Otros

Pueblo étnico:

https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas

12. Celular:

13. Nombre jefe de familia (En caso sea menor de edad):

14. País

15. Departamento/Estado

16. Provincia

17. Distrito

18. Localidad

19. Tipo de zona:

1=Urbano, 2=Urbano Marginal, 3=Rural

20. Tipo de vía:

1=Avenida, 2=Calle, 3=Prolongación, 4=otros (especificar)

21. Nombre de vía

22. Especificar referencia

23. Ocupación:

1=Maderero, 2=Agricultor, 3=Minero, 4=Pescador, 5=Cazador, 6=Otros

II. ASPECTOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO.

24. Sintomático:

SI

NO

25. Fecha de inicio de síntomas (En asintomático es la fecha de diagnóstico):

Signos y síntomas:

26. Cefalea (dolor de cabeza)

27. Fiebre (actual/reciente)

28. Escalofríos

29. Sudoración

30. Ictericia (Amarillento)

31. Postración (Necesita ayuda para sentarse, pararse o caminar)

32. Convulsiones

33. Orina de color pardo oscuro o rojizo

34. Parasitemia

35. Anemia aguda severa

36. Hospitalizado:

SI

NO

37. Fecha de hospitalización:

38. N° HC:

39. Fallecimiento:

SI

NO

40. Fecha de fallecimiento:

Si es otro, especificar:

41. Fecha de toma de muestra:

42. Muestra tomada en:

1=EESS, 2=Búsqueda de febriles, 3= Barrido Hemático, 4=Agentes Comunitarios de Salud, 5=Investigación, 6=Otro

43. Pruebas	44. Resultados		45. Especies			46. Densidad de formas		47. Fecha de resultados
	Negativo	Positivo	P. vivax	P. falciparum	Otros	Trofozoito	Gametocito	
PDR (Prueba de diagnóstico rápida)								
Gota Gruesa o frotis								

Nota: Asexuado: 1 Trofozoito, 2 Gametocito

III. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

48. ¿Tuvo malaria anteriormente?:

SI

NO

49. ¿Cuándo?:

mes

año

50. Especie:

51. ¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos 6 meses?:

SI

NO

52. ¿En qué EESS?:

53. ¿Ha viajado fuera de donde vive este último mes?:

SI

NO

54. Lugar (Localidad/Distrito/Provincia/Departamento/País)	55. Fechas de viaje		56. Número de días de viaje
	Entrada	Salida	

NOTA: Poner departamento o país, solo si corresponde. Usar los equivalentes a distrito, provincia o departamento en el caso importado.

57. ¿Durmió bajo mosquitero en la noche?:

SI

NO

58. ¿Cuántas personas duermen en casa incluyendo a los niños?:

59. ¿Cuántos mosquiteros se utilizan?:

60. ¿Su casa fue fumigada?:

SI

NO

61. ¿Cuándo?:

mes

año

62. ¿Examinaron a todos los miembros de su casa para el paludismo o malaria?:

SI

NO

63. ¿A cuántos miembros?:

64. ¿Examinaron a todos sus compañeros de trabajo para malaria?:

SI

NO

65. ¿A cuántos miembros?:

66. ¿Hicieron búsqueda activa?:

SI

NO

67. Número de casas investigadas:

68. Número de positivos:

Búsqueda activa (De colaterales)

69. ¿Existe(n) otra(s) persona(s) con síntomas similares al paludismo en su casa donde vive o en su trabajo?:

SI

NO

70. Apellidos y Nombres	71. sexo M/F	72. Edad	73. Parentesco con el caso confirmado	74. Gota gruesa, frotis o PDR		75. Fecha de toma de muestra	76. Resultados	
				Febril	Sin fiebre		Positivo	Negativo

IV. CLASIFICACIÓN

77. Clasificación según el origen del caso:

Autóctono

Recaída

Importado nacional

Inducido

Introducido

Importado internacional

78. Formas clínicas:

Malaria no complicada

Malaria grave

Malaria mixta

V. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE

79. DIRIS/DIRESA/GERESA:

80. Red/RIS:

81. Establecimiento de Salud:

82. Institución de procedencia:

MINS

EsSalud

FFAA

PNP

Privados

Otros

Especificar:

83. Observaciones:

84. Nombre del que realiza la investigación:

85. Correo electrónico:

86. N° de celular:

Firma y sello: