

I. DATOS GENERALES

1. Código de la notificación: .....

2. Fecha de notificación: ...../...../.....

3. Nombre de Establec. de Salud: .....

4. REDMICORRED.....

5. DIRESA/GERESA/DISA.....

II. DATOS DEL PACIENTE:

6. Historia clínica N°: .....

12. Punto de Referencia: .....

7. Apellidos y Nombres: .....

13. Localidad: .....

8. Edad ..... 9. Sexo: M ( ) F ( )

14. Distrito: .....

10. Grado de Instrucción: Analif ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

15. Provincia: .....

11. Domicilio: Av./Jr./Calle: .....

16. Departamento: .....

N° .....Mza .....Lt .....Urbanización: .....

17. Teléfono: .....

III. INFORMACIÓN CLÍNICA

18. Fecha de inicio de síntomas: ...../...../.....

19. Tiempo de enfermedad: Muestra: ...../...../.....

20. Fecha de obtención de 1ª Muestra: ...../...../.....

21. Fecha de obtención de 2da Muestra: ...../...../.....

22. Forma de inicio de enfermedad: Brusco ( ) Insidioso ( )

23. Signos y Síntomas (Marque con una x si presenta)

|                         | 1era Eval. | 2da Eval. | 1era Eval. | 2da Eval. | Examen Físico (Realizado por .....) |           |
|-------------------------|------------|-----------|------------|-----------|-------------------------------------|-----------|
|                         |            |           |            |           | 1era Eval.                          | 2da Eval. |
| Signos vitales:         |            |           |            |           |                                     |           |
| FC ..... FR .....       |            |           |            |           |                                     |           |
| PA .....                |            |           |            |           |                                     |           |
| Fiebre >38°C            |            |           |            |           | Rash                                |           |
| Malestar general        |            |           |            |           | Ictericia                           |           |
| Anorexia                |            |           |            |           | Petequias                           |           |
| Astenia                 |            |           |            |           | Hemorragia conjuntival bilateral    |           |
| Dolor de cabeza         |            |           |            |           | Hepatomegalia                       |           |
| Mareo                   |            |           |            |           | Esplenomegalia                      |           |
| Escalofríos             |            |           |            |           | Rigidez de Nuca                     |           |
| Dolor muscular          |            |           |            |           | Trastorno del sensorio              |           |
| Dolor pantorilllas      |            |           |            |           | Otros: .....                        |           |
| Dolor lumbar            |            |           |            |           |                                     |           |
| Tos                     |            |           |            |           |                                     |           |
| Dificultad respiratoria |            |           |            |           |                                     |           |
| Dolor precordial        |            |           |            |           |                                     |           |
| Dolor paravertebral     |            |           |            |           |                                     |           |
| Dolor abdominal         |            |           |            |           |                                     |           |

IV. ANTECEDENTES (En las últimas 3-4 semanas antes de enfermar)

|                                               | fecha | Lugar/Distrito | Provincia | Departamento | Permanencia (días) |
|-----------------------------------------------|-------|----------------|-----------|--------------|--------------------|
| 24. Ocupación (especifique): .....            |       |                |           |              |                    |
| 25. Viajes                                    |       |                |           |              |                    |
| 26. Contacto con:                             |       |                |           |              |                    |
| Aguas estancadas, inundaciones,               |       |                |           |              |                    |
| Rio, lago, piscinas, canales, etc.            |       |                |           |              |                    |
| Charcas, barro, suelo de estancia de animales |       |                |           |              |                    |
| Pozo séptico, letrina, desagüe                |       |                |           |              |                    |
| Porcinos, vacunos, canes                      |       |                |           |              |                    |
| Ratas, ratones, mucas o zarigüeyas            |       |                |           |              |                    |
| Otros                                         |       |                |           |              |                    |

V. LABORATORIO CLÍNICO: 27. Hemograma: ..... 28. Recuentos de plaquetas: ..... 29.Hto: .....30 Proteinas en orina: .....

VI. LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN:

31. Muestras obtenidas: sangre total ( ) ; suero ( ) ; orina ( ) ; gota gruesa o frotis ( ) ; LCR ( ) Fecha: ...../...../..... otros .....

32. Pruebas requeridas de laboratorio: cultivo sangre ☐ cultivo orina ☐ Elisa ☐ Microaglutinación-MAT ☐ PCR ☐

Otros (especificar) ..... Muestras previas enviadas: ☐si ☐no Fecha: ...../...../..... Resultados: ..... prueba: .....

| 33. Resultados primera muestra:      | 34. Resultados primera muestra:          |
|--------------------------------------|------------------------------------------|
| Elisa IgM: ..... Unidad leptó: ..... | Elisa IgM/IgG: ..... Unidad leptó: ..... |
| PCR: ..... MAT: .....                | PCR: ..... MAT: .....                    |
| 1er serovar: ..... título: .....     | 1er serovar: ..... título: .....         |
| 2do serovar: ..... título: .....     | 2do serovar: ..... título: .....         |
| 3er serovar: ..... título: .....     | 3er serovar: ..... título: .....         |

VII. EVOLUCIÓN DEL CASO:

35. Tratamiento: no ( ) si ( ) Diálisis no ( ) si ( ) N° días .....Fecha: ...../...../..... Antibióticos: No ( ) si ( )

1..... Dosis..... N° días ..... Fecha de inicio: ...../...../.....

2..... Dosis..... N° días ..... Fecha de inicio: ...../...../.....

3..... Dosis..... N° días ..... Fecha de inicio: ...../...../.....

36. Condición del paciente:

Hospitalizado ( ) Fecha de hospitalización (...../...../.....) Tiempo de hospitalización: ..... días

Condición de Egreso: alta ( ) Referido ( ) , Fallecido: ( ) Fecha ...../...../..... Ignorado: ( )

37. Persona que proporciona la información:

Nombre: .....

Establecimiento de Salud: ..... Cargo .....

Fecha ...../...../.....

Firma: .....