

Nº Ficha: _____
DISA / DIRESA / GERESA: _____

RED: _____
MICRO RED: _____
EE.SS: _____
LOCALIDAD: _____
DISTRITO: _____
PROVINCIA: _____

1. Datos del Paciente:
Nombre y Apellidos _____
DNI: _____ TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN: _____ LOCALIDAD: _____ ZONA URBANA / RURAL _____
DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____
Edad _____ Sexo _____ Peso: _____ Ocupación: _____
Inicio enfermedad _____ / _____ / _____ Inicio atención _____ / _____ / _____ Notificación _____ / _____ / _____ Defunción _____ / _____ / _____

Lugar de trabajo _____
Lugar donde estubo los 15 días antes de enfermar: (lugar probable de infección): _____

SINTOMATOLOGÍA:

Fiebre		si	no
Tº corporal: °C	()	()	()
Escalofrío	()	()	()
Dolor de cabeza	()	()	()
Vómito	()	()	()
Mareos	()	()	()
Dolor en zona ganglionar	()	()	()
Dolor pectoral	()	()	()
Tos	()	()	()
Expectoración	()	()	()
- Sanguinolenta	()	()	()
- Purulenta	()	()	()
- Blanquecina	()	()	()
Cianosis	()	()	()
Dificultad respiratoria	()	()	()
Delirio	()	()	()
Postración	()	()	()
Coma	()	()	()
Otros:	()	()	()

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de material _____
Piso _____ Paredes _____ Techo _____

Alimentos almacenados: _____
Basuras: _____

Nº de persona en la vivienda:..... N° Habitaciones..... N° Dormitorios.....

Presencia de roedores:	SI () NO ()	Por referencia:	SI () NO ()	Verificada:	SI () NO ()
Presencia de pulgas:	SI () NO ()	Referida:	SI () NO ()	Verificada:	SI () NO ()
Presencia de cuyes:	SI () NO ()	Dentro viv:	SI () NO ()	Fuera viv.:	SI () NO ()
Epizootia en roedores:	SI () NO ()	Referida:	SI () NO ()	Verificada:	SI () NO ()
Epizootia en cuyes:	SI () NO ()	Referida:	SI () NO ()	Verificada:	SI () NO ()
Epizootia de gatos:	SI () NO ()	Referida:	SI () NO ()	Verificada:	SI () NO ()

OCURRENCIA ANTERIOR DE PESTE:

En la Vivienda	SI () NO ()	Fecha	___/___/___	Nº casos	_____
En la localidad	SI () NO ()	Fecha	___/___/___	Nº casos	_____
Asistió a velorio de persona fallecida con peste	SI () NO ()	Fecha	___/___/___		

ACTIVIDADES DE CONTROL REALIZADAS

Desinsectación: SI () NO () Fecha ___/___/___ Insectida utilizado _____
Desratización: SI () NO () Fecha ___/___/___ Método: _____

Ordenamiento del medio:

Recojo de inservibles SI () NO () Fecha ___/___/___
Almacenamiento adecuado de alimento humano y animal. SI () NO () Fecha ___/___/___
Sellado de madrigueras SI () NO () Fecha ___/___/___
Entierro sanitario de residuos sólidos SI () NO () Fecha ___/___/___
Limpieza de canales de regadío SI () NO () Fecha ___/___/___

Mejoramiento de la vivienda:

En pisos SI () NO () Fecha ___/___/___
En paredes SI () NO () Fecha ___/___/___
En techos SI () NO () Fecha ___/___/___

Educación sanitaria:

Actividades de comunicación: SI () NO () Fecha ___/___/___
Actividades de sensibilización: SI () NO () Fecha ___/___/___

DIAGNÓSTICO:

Peste bubónica	() :Sospechoso ()	Probable ()	Confirmado ()
Peste septicémica	() :Sospechoso ()	Probable ()	Confirmado ()
Peste neumónica	() :Sospechoso ()	Probable ()	Confirmado ()
Otras formas:	() :Sospechoso ()	Probable ()	Confirmado ()

LABORATORIO:

TIPO DE MUESTRA	FECHA	RESULTADO
Aspirado de bubón ()	/...../.....	
Sangre ()	/...../.....	
Suero ()	/...../.....	
Espuito ()	/...../.....	
Hisopado faríngeo ()	/...../.....	
Otros ()	/...../.....	

Fecha:...../...../.....

Nombre y apellidos del que atiende al paciente
.....