



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA CLINICA-EPIDEMIOLÓGICA DE FASCIOSIS HUMANA

I. DATOS GENERALES:		1. Fecha de investigación		Sem. Epid. N°																																																																							
2. DIRESA/GERESA/DIRIS		3. Red/ Micro Red/ Clas																																																																									
4. Establecimiento de salud notificante				E.S. I-1 <input type="checkbox"/> E.S. I-3 <input type="checkbox"/> E.S. II-1 <input type="checkbox"/> E.S. I-2 <input type="checkbox"/> E.S. I-4 <input type="checkbox"/> E.S. II-2 <input type="checkbox"/> E.S. III-1 <input type="checkbox"/>																																																																							
II. DATOS DEL PACIENTE		5. H.Clínica N°	Cel: _____ M _____ F _____																																																																								
6. A. Paterno A. Materno		Nombres	7. D.N.I	Fecha de nacimiento 8. Edad 9. Sexo																																																																							
10. Dirección		11. Localidad (AH, Urb, Resid, etc)	12. Distrito	13. Provincia 14. Departamento																																																																							
15. Grado de instrucción		Analf. <input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Secund. <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>																																																																									
III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS																																																																											
16. Ocupación (especifique)		Otra actividad relacionada al riesgo																																																																									
17. Viajes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Lugar(es) y hace cuanto tiempo																																																																									
18. Residencia anterior		Hace cuanto tiempo																																																																									
19. Refiere haber ingerido:		berro <input type="checkbox"/> alfalfa <input type="checkbox"/> lechuga <input type="checkbox"/>	Como ensalada <input type="checkbox"/>	Agua no tratada <input type="checkbox"/> De fuentes naturales <input type="checkbox"/>	chocho <input type="checkbox"/> emolientes <input type="checkbox"/>																																																																						
20. Tuvo fasciolisis anteriormente:		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tratamiento	Duración																																																																							
21. Exámenes previos		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Prueba	Resultado																																																																							
22. Antecedentes patológicos personales		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Especifique																																																																								
23. Antecedentes familiares		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Especifique																																																																								
IV. DATOS CLINICOS		24. Fecha de inicio de síntomas		25. Fecha de obtención de muestra																																																																							
26. Fiebre <input type="checkbox"/> 27. Perdida de apetito <input type="checkbox"/> 28. Náusea <input type="checkbox"/> 29. Malestar general <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	30. Dolor abdominal <input type="checkbox"/> 31. Dismin. de peso <input type="checkbox"/> 32. Diarrea <input type="checkbox"/> 33. Vómito <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	34. Urticaria <input type="checkbox"/> 35. Ictericia <input type="checkbox"/> 36. Palidez <input type="checkbox"/> 37. Hepatomegalia <input type="checkbox"/>																																																																						
V. EXAMENES DE LABORATORIO																																																																											
38. Muestra obtenidas Heces <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/>		Fecha / /																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>PRUEBAS</th> <th>FECHA DE OBTENCIÓN</th> <th>RESULTADO</th> <th>FECHA DE OBTENCIÓN</th> <th>RESULTADO</th> <th>FECHA DE OBTENCIÓN</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>TSR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>KATO KATS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ELISA FAS 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ELISA Ig G</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Western Blot o IB</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="7">EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</td></tr> <tr><td>Eosinofilia</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Transaminasas hepáticas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Exámen compatible con disfunción biliar o cálculos biliares</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						PRUEBAS	FECHA DE OBTENCIÓN	RESULTADO	FECHA DE OBTENCIÓN	RESULTADO	FECHA DE OBTENCIÓN	RESULTADO	TSR							KATO KATS							ELISA FAS 2							ELISA Ig G							Western Blot o IB							EXÁMENES COMPLEMENTARIOS							Eosinofilia							Transaminasas hepáticas							Exámen compatible con disfunción biliar o cálculos biliares						
PRUEBAS	FECHA DE OBTENCIÓN	RESULTADO	FECHA DE OBTENCIÓN	RESULTADO	FECHA DE OBTENCIÓN	RESULTADO																																																																					
TSR																																																																											
KATO KATS																																																																											
ELISA FAS 2																																																																											
ELISA Ig G																																																																											
Western Blot o IB																																																																											
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS																																																																											
Eosinofilia																																																																											
Transaminasas hepáticas																																																																											
Exámen compatible con disfunción biliar o cálculos biliares																																																																											
VI. DIAGNÓSTICO CLINICO																																																																											
39. Fasciolisis hepática <input type="checkbox"/> 40. Aguda <input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/>		Fasciolisis extrahepática <input type="checkbox"/> Reinfección <input type="checkbox"/>	Recaída <input type="checkbox"/>	Refractaria <input type="checkbox"/>																																																																							
VII. TRATAMIENTO DEL PACIENTE																																																																											
41. Inició tratamiento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 42. Presentó reacciones adversas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Triclabendazol	Nro de dosis <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio	<input type="text"/>																																																																						
		Fecha de notificación <input type="text"/>																																																																									
VIII. CONDICION DE EGRESO DEL PACIENTE																																																																											
Alta <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>		Fecha <input type="text"/>																																																																									
IX. DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>PRUEBAS</th> <th>30 DIAS</th> <th>60 DIAS</th> <th>90 DIAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Evaluación médica</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TSR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>KATO KATZ</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ELISA FAS 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ELISA IgG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otros</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		PRUEBAS	30 DIAS	60 DIAS	90 DIAS	Evaluación médica				TSR				KATO KATZ				ELISA FAS 2				ELISA IgG				Otros																																																	
PRUEBAS	30 DIAS	60 DIAS	90 DIAS																																																																								
Evaluación médica																																																																											
TSR																																																																											
KATO KATZ																																																																											
ELISA FAS 2																																																																											
ELISA IgG																																																																											
Otros																																																																											
XI. OBSERVACIONES		<input type="text"/>																																																																									

XII. INVESTIGADOR

Nombre de la persona responsable

Cargo:

Firma y Sello

Tipo de diagnóstico:

Probable:

Confirmado: