

ANEXO 2

ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Organo y/o Unidad Orgánica:	Unidad de Epidemiología
Actividad del POI:	Vigilancia y control epidemiológico
Denominación de la Contratación:	Impresión de fichas de investigación clínico epidemiológicas para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria a nivel nacional

I. FINALIDAD PÚBLICA

Resolución Ministerial N°506-2012-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública y la Resolución Ministerial N° 948-2012-MINSA. Que Sustituye los anexos 1, 2 y 3 de la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la modificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, aprobada con Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA. de aplicación obligatoria en todas las IPRESS a nivel nacional.

En ese marco, es indispensable contar con las FICHAS EPIDEMIOLOGICAS PARA LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA E INMEDIATA A NIVEL NACIONAL, DISPUESTO POR EL ENTE RECTOR MINISTERIO DE SALUD.

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

Requerimiento de Impresión de fichas de investigación clínico epidemiológicas para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria a nivel nacional y que debe dar cumplimiento el Hospital Regional de Cusco de acuerdo a lo dispuesto en normas vigentes.

III. CARACTERISTICAS TECNICAS

IMPRESIÓN DE FICHAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS NO AUTOCOPIATIVAS Y AUTOCOPIATIVAS, SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES QUE SE ADJUNTAN Y SEGÚN NORMATIVIDAD MINSA VIGENTE.

N°	NOMBRE DE LA FICHA EPIDEMIOLOGICA	ESPECIFICACION	CANTIDAD
1	Ficha de Investigación clínico epidemiológica SARAMPION, RUBEOLA Y OTRAS FEBRILES ERUPTIVAS	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación clínico epidemiológica SARAMPION, RUBEOLA Y OTRAS FEBRILES ERUPTIVAS, FICHA CON 03 HOJAS, AUTOCOPIATIVA. PRIMERA COPIA COLOR VERDE, SEGUNDA COPIA COLOR AMARILLO Y TERCERA COPIA CELESTE.	200 fichas, organizadas en 04 blocks x 50 fichas cada una.
2	Ficha clínico epidemiológica Vigilancia de PARALISIS FLACIDA AGUDA (PFA)	Se adjunta modelo de Ficha clínico epidemiológica Vigilancia de PARALISIS FLACIDA AGUDA (PFA), FICHA CON 03 HOJAS, AUTOCOPIATIVA. PRIMERA COPIA COLOR VERDE, SEGUNDA COPIA COLOR AMARILLO Y TERCERA COPIA CELESTE.	100 fichas, organizadas en 02 blocks x 50 fichas cada una.
3	Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de TOS FERINA	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de TOS FERINA, FICHA CON 02 HOJAS, AUTOCOPIATIVA. PRIMERA COPIA COLOR CELESTE, SEGUNDA COPIA COLOR AMARILLO Y TERCERA COPIA VERDE.	300 fichas, organizadas en 06 blocks x 50 fichas cada una.
4	Ficha de Investigación clínico epidemiológica para la Vigilancia de DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA, OROPUCHE MAYARO Y OTRAS ARBOVIROSIS	Se adjunta modelo de FICHA CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA, OROPUCHE MAYARO Y OTRAS ARBOVIROSIS. AUTOCOPIATIVA, ORIGINAL BLANCA Y PRIMERA COPIA COLOR VERDE Y SEGUNDA COPIA COLOR AMARILLO	500 fichas, organizadas en 10 blocks x 50 fichas cada una.



N°	NOMBRE DE LA FICHA EPIDEMIOLOGICA	ESPECIFICACION	CANTIDAD
5	Ficha de Investigación clínico epidemiológica de LEPTOSPIROSIS	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación clínico epidemiológica de LEPTOSPIROSIS. ANVERSO Y REVERSO, NO AUTOCOPIATIVA	500 fichas, organizadas en 10 blocks x 50 fichas cada una.
6	Ficha de Notificación de caso de TUBERCULOSIS.	Se adjunta modelo de Ficha de Notificación de caso de TUBERCULOSIS. AUTOCOPIATIVA. ORIGINAL BLANCA Y PRIMERA COPIA COLOR VERDE.	200 fichas, organizadas en 04 blocks x 50 fichas cada una.
7	Ficha de Investigación epidemiológica de caso de SIFILIS Y GONORREA	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación epidemiológica de caso de SIFILIS Y GONORREA. AUTOCOPIATIVA. ORIGINAL BLANCA Y PRIMERA COPIA COLOR VERDE.	500 fichas, organizadas en 10 blocks x 50 fichas cada una.
8	Ficha de Notificación individual de caso de Infección por VIH y SIDA.	Se adjunta modelo de Ficha de Notificación individual de caso de Infección por VIH y SIDA. AUTOCOPIATIVA, ORIGINAL BLANCA Y PRIMERA COPIA COLOR ROSADA.	500 fichas, organizadas en 10 blocks x 50 fichas cada una.
9	Ficha de Investigación Clínico epidemiológica HEPATITIS VIRAL B, D y C	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación Clínico epidemiológica HEPATITIS VIRAL B, D y C. AUTOCOPIATIVA, ORIGINAL BLANCA Y PRIMERA COPIA COLOR AMARILLO.	300 fichas, organizadas en 06 blocks x 50 fichas cada una.
10	Ficha de Investigación clínico epidemiológica. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIRUS RESPIRATORIOS MODALIDAD DE VIGILANCIA IRAG.	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación clínico epidemiológica. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIRUS RESPIRATORIOS MODALIDAD DE VIGILANCIA IRAG. HOJA ORIGINAL COLOR BLANCA, DOS AUTOCOPIATIVAS, 1RA COPIA COLOR ROSADA Y 2DA COPIA VERDE.	2000 Fichas, organizadas en 20 blocks x 100 fichas cada una.
11	Ficha de Vigilancia Epidemiologica de LESIONES POR ACCIDENTE DE TRANSITO.	Se adjunta Ficha de Vigilancia Epidemiológica de LESIONES POR ACCIDENTE DE TRANSITO NO AUTOCOPIATIVA, ANVERSO	2500 Fichas, organizadas en 20 blocks x 100 fichas cada una.
12	Ficha Epidemiológica de la ENFERMEDAD RENAL CRONICA - FICHA DE CAPTACION DEL CASO INCIDENTE O PREVALENTE	Se adjunta Ficha Epidemiológica de la ENFERMEDAD RENAL CRONICA - FICHA DE CAPTACION DEL CASO INCIDENTE O PREVALENTE. ANVERSO Y REVERSO NO AUTOCOPIATIVA.	500 Fichas, organizadas en 05 blocks x 100 fichas cada una.
13	Ficha de Vigilancia Epidemiologica de ENFERMEDAD RENAL CRONICA - FICHA DE SEGUIMIENTO DE CASOS.	Se adjunta Ficha Epidemiologica de ENFERMEDAD RENAL CRONICA - FICHA DE SEGUIMIENTO DE CASOS. ANVERSO Y REVERSO NO AUTOCOPIATIVA.	1000 Fichas, organizadas en 10 blocks x 100 fichas cada una.
14	Ficha de Investigación Epidemiológica en Salud Publica del RIESGO DE EXPOSICION E INTOXICACION POR PLAGUICIDAS.	Se adjunta Ficha de Investigación Epidemiológica en Salud Publica del RIESGO DE EXPOSICION E INTOXICACION POR PLAGUICIDAS. anverso y reverso NO AUTOCOPIATIVA.	2000 fichas, organizadas en 20 blocks x 100 fichas cada una.
15	Vigilancia Centinela del INTENTO SUICIDA - FICHA DE REGISTRO	Se adjunta modelo de VIGILANCIA CENTINELA DEL INTENTO SUICIDA. FICHA DE REGISTRO. anverso NO AUTOCOPIATIVA.	4000 Fichas, organizadas en 80 blocks x 50 fichas cada una.



N°	NOMBRE DE LA FICHA EPIDEMIOLOGICA	ESPECIFICACION	CANTIDAD
16	Vigilancia Centinela del EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE - FICHA DE REGISTRO	Se adjunta modelo de VIGILANCIA CENTINELA DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE - FICHA DE REGISTRO. <u>FICHA DE REGISTRO. ANVERSO NO AUTOCOPIATIVA.</u>	2000 fichas, organizadas en 40 blocks x 50 fichas cada una.
17	Vigilancia Centinela del EPISODIO PSICOTICO - FICHA DE REGISTRO	Se adjunta modelo de VIGILANCIA CENTINELA DEL EPISODIO PSICOTICO. FICHA DE REGISTRO. <u>ANVERSO NO AUTOCOPIATIVA.</u>	1000 Fichas, organizadas en 20 blocks x 50 fichas cada una.
18	Registro Semanal de NOTIFICACION EPIDEMIOLOGICA CONSOLIDADA	Se adjunta modelo de Registro Semanal de NOTIFICACION EPIDEMIOLOGICA CONSOLIDADA, <u>ANVERSO Y REVERSO NO AUTOCOPIATIVA.</u>	1000 fichas, organizadas en 20 blocks x 50 fichas cada una.
19	Formato de Notificación Individual de DEFUNCIONES POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y/O NEUMONÍA EN MAYORES DE 60 AÑOS.	Se adjunta modelo de Formato de Notificación Individual de DEFUNCIONES POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y/O NEUMONÍA EN MAYORES DE 60 AÑOS. <u>ANVERSO NO AUTOCOPIATIVA.</u>	500 formatos, organizados en 10 blocks x 50 fichas cada una.
20	Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de la ENFERMEDAD MANO, PIE, BOCA (EMPB)	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de la ENFERMEDAD MANO, PIE, BOCA (EMPB). <u>ANVERSO NO AUTOCOPIATIVA.</u>	200 formatos, organizados en 04 blocks x 50 fichas.
21	Ficha de Investigación Epidemiológica de INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD (IAAS).	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación Epidemiológica de INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD (IAAS). <u>ANVERSO Y REVERSO NO AUTOCOPIATIVA.</u>	200 formatos, organizados en 04 blocks x 50 fichas.
22	Ficha de Investigación clínico Epidemiológica de la Vigilancia del SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE.	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación clínico Epidemiológica de la Vigilancia del SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE. <u>ANVERSO Y REVERSO NO AUTOCOPIATIVA.</u>	200 formatos, organizados en 04 blocks x 50 fichas.
23	Ficha de Investigación clínico Epidemiológica de FIEBRE AMARILLA	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación clínico Epidemiológica de FIEBRE AMARILLA, <u>ORIGINAL COLOR BLANCO PRIMERA COPIA COLOR ROSADA Y SEGUNDA COPIA VERDE.</u>	200 formatos, organizados en 04 blocks x 50 fichas.
24	Ficha de Investigación clínico Epidemiológica de FIEBRE AMARILLA	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación clínico Epidemiológica de FIEBRE AMARILLA, <u>ORIGINAL COLOR BLANCO PRIMERA COPIA COLOR ROSADA Y SEGUNDA COPIA VERDE.</u>	200 formatos, organizados en 04 blocks x 50 fichas.
25	Ficha de Investigación clínico Epidemiológica de ENFERMEDAD DE CARRION (BARTONELOSIS)	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación clínico Epidemiológica de ENFERMEDAD DE CARRION (BARTONELOSIS) <u>ANVERSO. ORIGINAL COLOR BLANCO, PRIMERA COPIA COLOR AMARILLO Y SEGUNDA COPIA CELESTE.</u>	200 formatos, organizados en 04 blocks x 50 fichas.
26	Ficha de Investigación clínico Epidemiológica y Laboratorial de casos de NEUMONÍA BACTERIANA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación clínico Epidemiológica y Laboratorial de casos de NEUMONÍA BACTERIANA en Niños menores de 5 años. <u>ANVERSO. ORIGINAL COLOR BLANCO, PRIMERA COPIA COLOR AMARILLO</u>	200 formatos, organizados en 04 blocks x 50 fichas.



N°	NOMBRE DE LA FICHA EPIDEMIOLOGICA	ESPECIFICACION	CANTIDAD
27	Ficha de Investigación clínico Epidemiológica y Laboratorial de casos de MENINGITIS BACTERIANA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.	Se adjunta modelo de Ficha de Investigación clínico Epidemiológica y Laboratorial de casos de MENINGITIS BACTERIANA en Niños menores de 5 años. ANVERSO. ORIGINAL COLOR BLANCO, PRIMERA COPIA COLOR AMARILLO.	100 formatos, organizados en 02 blocks x 50 fichas.

IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIA.

LOS REQUERIMIENTOS DEBEN CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DETALLADAS Y LOS MODELOS QUE SE ADJUNTAN, Y ANTES DE LA IMPRESIÓN DEFINITIVA EL PROVEEDOR DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DEBE TRAER LOS FORMATOS PARA REVISIÓN Y APROBACIÓN FINAL DEL USUARIO, toda vez que en impresiones anteriores se cometieron errores u omisiones en las impresiones.

V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN

No aplica

VI. GARANTÍA COMERCIAL

La garantía comercial para la impresión de formatos de vigilancia epidemiológica es una garantía de calidad del servicio/producto, que comprende:

- Garantía de calidad de impresión
- Que los formatos cumplan con: Calidad de tinta (no borrosa, no se corre)
Fidelidad al diseño aprobado (logos, estructura epidemiológica)
- Garantía contra defectos:
Reposición de formatos defectuosos (errores de impresión, manchas, cortes incorrectos, foliación errada).
- Compromiso de reposición: El proveedor debe reemplazar sin costo cualquier lote observado dentro de un plazo determinado.
- Plazo de garantía: 30 días calendario después de la conformidad.
El proveedor deberá garantizar la calidad de los formatos impresos, obligándose a la reposición de aquellos que presenten defectos de impresión, dentro de un plazo de 30 días calendario posteriores a la conformidad, sin costo adicional para la entidad.
- Particularidades en salud (vigilancia epidemiológica)
Dado que estos formatos son instrumentos técnicos se exige:
Legibilidad para digitación o escaneo
Exactitud en fichas epidemiológicas y sus ítems
Durabilidad mínima (no se deterioren rápidamente en campo)

VII. MUESTRAS

ANTES DE LA IMPRESIÓN DEFINITIVA EL PROVEEDOR DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DEBE TRAER PARA REVISIÓN Y APROBACIÓN FINAL DEL USUARIO, toda vez que en impresiones anteriores se cometieron errores u omisiones en las impresiones.

IX. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (De corresponder)

- Contar con RUC activo y habido.
- Deberá dedicarse al rubro del servicio solicitado.
- No tener impedimento de contratar con el estado conforme al Art.30 de la ley de contrataciones de estado N°32069.

X. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA

Lugar: Los bienes serán entregados en Almacén Central del Hospital Regional Cusco, ubicado en la Av. La Cultura S/N del distrito, provincia y departamento de Cusco, en el horario de 7:30 am a 3:00 pm.



037

Plazo: Los bienes materia de la presente convocatoria se entregan en el plazo de 5 DIAS CALENDARIO NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA.

XI. CONFORMIDAD

La conformidad de los bienes, será otorgada por el área usuaria (Oficina de Inteligencia Sanitaria - Unidad de Epidemiología) para lo cual el proveedor deberá cumplir con las especificaciones técnicas requeridas, la recepción del bien por el jefe de Almacén Central del Hospital Regional Cusco.

XII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en PAGO UNICO

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción del Almacén Central de la Entidad.
- Conformidad otorgada por el área usuaria.
- Comprobante de pago.

La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.

XIII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del bien ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

XIV. PENALIDADES

Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo en días}}$$

Donde F = 0.40.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XV. OTRAS PENALIDADES (De corresponder)

No aplica

XVI. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (Obligatorio)

El Hospital Regional Cusco puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- a) Por acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- b) Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.
- c) Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible al contratista.
- d) Hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, de supuesto distinto al caso fortuito o fuerza mayor, no imputable a ninguna de las partes, que imposibilite la continuación del contrato.
- e) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.
- f) Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución contractual.

XVII. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO

A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, el Contratista declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de



manera directa o indirecta, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o cualquier servidor de Hospital Regional Cusco.

Asimismo, el Contratista se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente. Aunado a ello, el Contratista se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.

En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados. Adicionalmente, el Contratista se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con el Hospital Regional Cusco.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acápite, durante la ejecución contractual, otorga a Hospital Regional Cusco el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

XVIII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación, son resueltos mediante trato directo y conciliación.

XIX. GESTIÓN DE RIESGOS

Las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente documento, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Med. Marina Ochoa Linares
JEFA DE LA OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA

Firma

Área usuaria o técnica estratégica

Servicio _____ N° cama _____
 N° Hcd _____ Prefectura _____



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

SARAMPIÓN () CIE 10: B05 RUBÉOLA () CIE 10: B06
 OTRAS FEBRILES ERUPTIVAS ()



FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

DEFINICIÓN OPERATIVA : Caso sospechoso

Toda persona de cualquier edad, de quién un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo papular generalizada, NO vesicular.

Código de registro	Fecha de identificación local del caso (o consulta)	Fecha de notificación de DIRESA/GERESA/DIRIS a CDC/MINSA (notificación nacional)	Fecha de investigación (visita domiciliaria)
	____/____/____	____/____/____	____/____/____

IMPORTANTE: Puntos I al III deben ser llenados por médico tratante o personal de salud que atiende el caso

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE

DIRESA/GERESA/DIRIS RED MICRORED

Nombre de personal de salud que atiende el caso: _____ Establecimiento de salud notificante: _____

Teléfono del personal de salud: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

Tipo de doc. identidad: 1 = DNI; 2 = Carné de extranjería; 3 = Pasaporte; 4 = Sin documento

Sexo: 1 = Masculino; 2 = Femenino

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

N° Doc. identidad: _____ Apellidos: _____ Nombres: _____ Pueblo étnico: _____ Etnia: _____

Ocupación: _____ Gestante: 1 = Sí; 2 = No

N° semanas de gestación: _____ Lugar probable de parto: _____

Domicilio actual:

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Tipo de localidad: 1 = Urbano; 2 = Periurbano; 3 = Rural

Si el caso procede del extranjero, indicar dirección, ciudad y país: _____

Referencia para localizar (a la altura de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.)

En caso sea menor de edad, indicar:

Nombre de madre o tutor: _____ Teléf. de madre o tutor: _____ N° Doc. Identidad de madre o tutor: _____

III. CUADRO CLÍNICO

Fecha inicio fiebre: ____/____/____ Fiebre fue cuantificada: 1 = Sí; 2 = No

N° días duración: () Temperatura: _____ °C

Erupción cutánea: 1 = Sí; 2 = No

Fecha inicio erupción: ____/____/____ N° días duración: ()

Estado general: 1 = Bueno; 2 = Regular; 3 = Malo

Colocar: 1 = Sí; 2 = No

Tos Coriza o rinorrea Conjuntivitis Manchas de Koplik Adenopatía cervical Adenopatía retroauricular

Artralgias Otros Especificar otros: _____

Describir erupción cutánea (número de días después de inicio de erupción en que caso acude a la consulta y se está realizando la descripción, lugar de aparición, cronología de la aparición de la erupción cutánea, tipo de exantema, presencia de descamación y/o prurito, entre otros). Se recomienda documentar con fotografías. Ver instructivo.

Complicaciones (1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido)

Otitis media Convulsiones Neumonía Trombocitopenia Diarrea Encefalitis Otras Especificar otras: _____

Connición del paciente (1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido)

Hospitalizado Fecha hospitalización: ____/____/____ Nombre de EE.SS de hospitalización: _____ N° H.C.: _____

Fallecido Fecha de defunción: ____/____/____ Causa básica de defunción: _____

Antecedente de vacunación contra sarampión: 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

IMPORTANTE: Puntos IV al XI deben ser llenados por personal de epidemiología

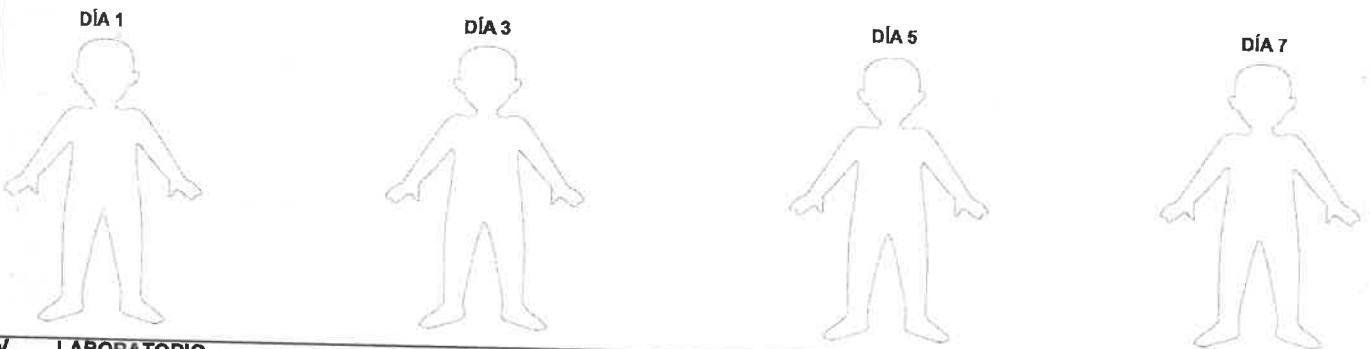
IV. INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA (llenar durante seguimiento)

CRONOLOGÍA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: En la primera fila de la tabla, colocar la fecha en formato dd/mm teniendo como referencia el día 0 ("X" graficada en la tabla) que corresponde a la fecha de inicio de la erupción cutánea y construya la secuencia de los días hacia atrás y adelante. Colocar una X en los días en que inició cada signo y síntoma y su duración. Documentar exantema con fotografías durante visitas domiciliarias. Ver instructivo.

Signos y síntomas	FECHA: dd/mm																				
	DÍAS																				
	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Erupción											X										
Fiebre																					
Tos																					
Conjuntivitis																					
Coriza o Rinorrea																					
Manchas de Koplik																					
Adenopatía retroauricular																					
Adenopatía cervical																					
Artralgias																					
Otros																					
Especificar:																					

Ampliación de descripción de erupción cutánea (lugar de aparición, tipo de exantema, presencia de descamación y/o prurito, entre otros). Se recomienda documentar con fotografías la evolución del exantema (cara, cuello, tórax, abdomen, extremidades (palmas, plantas). Colocar en imagen secuencia de erupción cutánea. Ver instructivo.

Sombrar las zonas del cuerpo de acuerdo a la cronología de la presentación del exantema:



V. LABORATORIO

Tipo de muestra	1era muestra										2da muestra								
	Fecha toma de muestra	Fecha envío LRR/LR a INS	Fecha recepción INS**	Resultado							Fecha toma de muestra	Fecha envío LRR/LR a INS	Fecha recepción INS**	Resultado					
				PCR	Fecha resultado	Genotipo	IGM	Fecha resultado	IGG	Fecha resultado				IgM	Fecha de resultado	IgG	Fecha de resultado		
Suero	/	/	/								/	/	/						
Hisopado nasal y faríngeo	/	/	/								/	/	/						
Orina*	/	/	/								/	/	/						

* A solicitud de INS; ** De acuerdo a lo consignado en NETLAB

VI. ANTECEDENTES VACUNALES

Sólo considerar dosis de vacuna con componente antisarampionoso (SRP, SR, ASA) documentadas en carné de vacunación, si no hubiera carné y existe referencia verbal de vacunación, investigar en archivos de establecimiento de salud donde se vacunó o centro educativo inicial (nido o guardería). Documentar carné de vacunación con fotografía. Ver instructivo.

Estado vacunal y evidencia: 1= Vacunado; 2 = Vacunado incompleto; 3 = No vacunado; 4 = Ignorado; 5 = No corresponde; 6 = Sin evidencia

Tipo de vacuna*	N° dosis**	Fecha de última dosis	N° Lote	Fuente de información***	EE.SS donde se vacunó
		/			
		/			

* Tipo de vacuna: 1 = Antisarampionosa; 2 = Antirrubéolica; 3 = Doble viral (SR); 4 = Triple viral (SRP)

** 0 = Dosis cero; 1 = Primera dosis; 2 = Segunda dosis; 88 = Dosis adicional; 99 = Desconocido

*** 1 = Carné de vacunación; 2 = Registro en servicio de salud

VII. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Captación del caso : 1 = Consulta; 2 = Laboratorio; 3 = Búsqueda activa institucional; 4 = Búsqueda activa comunitaria; 5 = Investigación de contactos; 6 = Casos reportados en comunidad; 88 = Otros; 99 = Desconocido Si es otros, especificar: _____

Caso es contacto de otro caso conocido 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido Código del caso: _____

Caso tuvo contacto con gestante en primeras 20 semanas 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

Nombre de gestante: _____ Fecha de contacto: ____/____/____

Hubo casos reportados de sarampión en los últimos 30 días en su jurisdicción 1 = Sí, con sarampión; 2 = Sí, con rubéola; 3 = Sí, con ambos; 4 = No; 99 = Desconocido

Se han reportado otras enfermedades eruptivas febriles en su jurisdicción 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido ¿Cuál(es)? _____

VIII. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN (CONSIDERAR ENTRE 7 A 30 DÍAS ANTES DEL INICIO DE ERUPCIÓN CUTÁNEA)

Lugar y/o institución	Dirección	Localidad/Distrito	Provincia	Departamento	Referencia para localizar	Tiempo de permanencia en zona (días)

Entre 7 a 30 días antes de la erupción cutánea, el caso tuvo contacto con: 1 = Contacto con extranjeros; 2 = Visitó establecimiento de salud; 3 = Recibió visitas en casa; 4 = Asistió a celebraciones masivas (religiosas, festividades, sociales, etc.); 5 = Otros

Paciente viajó entre los 7 a 30 días antes del inicio de la erupción Especificar otros: _____ 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

Si viajó, especificar

	País	Localidad, Distrito, Provincia (Perú), Ciudad (Extranjero)	Fecha de ingreso	Transporte*	Fecha de salida	Transporte*
1			____/____/____		____/____/____	
2			____/____/____		____/____/____	
3			____/____/____		____/____/____	

* 1 = Aéreo; 2 = Terrestre; 3 = Marítimo; 4 = Otro

Ingresar Longitud y Latitud de domicilio del paciente: Longitud: _____ Latitud: _____

IX. CLASIFICACIÓN FINAL (MÁXIMO HASTA 4 SEMANAS DESPUÉS DE CONOCIDO EL CASO)

Clasificación Final 1 = Sarampión; 2 = Rubéola; 3 = Descartado

Criterio para confirmación 1 = Laboratorio; 2 = Nexo epidemiológico; 3 = Clínica

Si fue confirmación por Laboratorio, indicar resultado 1 = IgM Indirecta(+); 2 = Seroconversión de IgG Indirecta; 3 = PCR (+)

Criterio para descartar 1 = Sarampión/Rubeola IgM-neg; 2 = Reacción vacunal*; 3 = Dengue; 4 = Parvovirus B19; 5 = Herpes 6; 6 = Reacción alérgica; 7 = Zika; 88 = Otros

Otro criterio de descarte: _____

(* Estos casos sólo podrán ser clasificados como tal luego de estudio adicional correspondiente según directiva.

Clasificación según fuente de infección (Para proceso de eliminación del Sarampión) 1 = Importado; 2 = Relacionado a importación; 3 = Fuente desconocida; 4 = Local o autóctono

Si es importado, indicar país de importación: _____

Fecha de clasificación final: ____/____/____ Clasificado por: _____

Observaciones: _____

X. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS

Búsqueda activa institucional 1 = Sí; 2 = No Total de Dx. Revisados

Búsqueda activa comunitaria 1 = Sí; 2 = No N° casos que cumplen definición de caso

Casas abiertas (BA) Casas cerradas (BA) Casas abandonadas (BA)

Casos nuevos ingresados al sistema Casos que ya existían en el sistema

N° casos nuevos que ingresan al sistema N° casos que ya se encuentran en sistema de vigilancia

Total casas

1. CADENA DE TRANSMISIÓN: Objetivo: Identificar casos secundarios. Instrucciones:
 a) Tomar como referencia la fecha de inicio de erupción del caso en investigación b) Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 4 días antes y 4 días después del inicio de la erupción c) Registrar en orden cronológico en la siguiente tabla d) Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 30 días a partir del primer contacto con el caso. Para los que inicien erupción se apertura nueva ficha.

Fecha del contacto	Lugar de contacto: puede ser su domicilio, un colegio, etc, en una Localidad o Distrito	Nombre del contacto	Edad	Dirección	Celular	Vacunado dentro de 72 horas del contacto con caso*	Fecha de vacunación	Fecha de inicio erupción
____/____/____							____/____/____	____/____/____
____/____/____							____/____/____	____/____/____
____/____/____							____/____/____	____/____/____
____/____/____							____/____/____	____/____/____

* 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

Fecha de último día de seguimiento de contactos: ____/____/____

2. ACCIONES DE CONTROL (Iniciar de inmediato cuando se presenta UN caso sospechoso)

¿Se realizó bloqueo vacunal en la comunidad? 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

(obligatorio para niños de 1 - 4 años)

Fecha inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

Localidad(es) _____ ¿Se realizó monitoreo rápido de coberturas (MRC)? 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

Número de vacunados en bloqueo en comunidad

<1 año	1- 4 años	5 - 14 años	> 15 años	Total VAC

Porcentaje de vacunados encontrados en monitoreo

XI. DATOS DE LA PERSONA QUE INVESTIGA EL CASO

Nombre de la persona que investiga el caso: _____ Teléfono _____

Cargo _____ email _____ Firma _____



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Epidemiología

CDC

FICHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

VIGILANCIA DE PARALISIS FLACIDA AGUDA (P.F.A.)

Servicio _____ N° de cama _____ N° Hd _____

Nro. ficha	Fecha de conocimiento local	Fecha de investigación	Fecha notificación EE SS a Red/Microred	Fecha notificación Red/Microred a DISA	Fecha de notificación de DISA a DGE

1. REGISTRO: N°. de orden nacional: _____ Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____	2. DATOS PERSONALES N° DNI _____ Nombre del paciente: _____ Fecha nacimiento _____ Edad _____ Sexo () F () DNI _____ Padre _____ Madre _____ Residencia permanente _____ Teléfono: _____ Residencia provisional _____
---	--

3. CONOCIMIENTO DEL CASO () Notificación () Búsqueda activa	PRIMER NOTIFICANTE (persona que vio el caso por primera vez) Institución/ Establecimiento de Salud _____ Dirección _____ Teléfono _____
---	--

4. CUADRO CLINICO

Fecha inicio síntomas generales (pródromos) ___/___/___ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Si</th> <th style="width: 10%;">No</th> <th style="width: 10%;">Desc</th> </tr> <tr> <td>Tos</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Fiebre</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Estreñimiento</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Vómitos</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Diarrea</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table>		Si	No	Desc	Tos	()	()	()	Fiebre	()	()	()	Estreñimiento	()	()	()	Vómitos	()	()	()	Diarrea	()	()	()	Semana epidemiológica N° _____ Fecha de la fiebre al inicio: ___/___/___ Fecha de la deficiencia motora: ___/___/___ N° días con parálisis (o tiempo en que parálisis se instaló totalmente:) _____ Progresión de parálisis: Ascendente () Descendente () Mixta () <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Si</th> <th style="width: 10%;">No</th> <th style="width: 10%;">IGN</th> </tr> <tr> <td>Paresia</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Parálisis</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Pares craneal.</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Flacidez</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Súbita</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Asimetría</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Sensibilidad</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Parestesia</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Babinski</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table>		Si	No	IGN	Paresia	()	()	()	Parálisis	()	()	()	Pares craneal.	()	()	()	Flacidez	()	()	()	Súbita	()	()	()	Asimetría	()	()	()	Sensibilidad	()	()	()	Parestesia	()	()	()	Babinski	()	()	()	Fecha de examen físico: Realizado por: _____ Diagnóstico inicial 1. _____ 2. _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">DIM</th> <th style="width: 10%;">AUS</th> <th style="width: 10%;">NORM</th> <th style="width: 10%;">IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fuerza muscular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Miembro superior izquierdo</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Miembro superior derecho</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Miembro inferior izquierdo</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Miembro inferior derecho</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Tono muscular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Miembro superior izquierdo</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Miembro superior derecho</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Miembro inferior izquierdo</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Miembro inferior derecho</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Músculos cervicales</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Reflejos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DIM</td> <td>AUS</td> <td>NORM</td> <td>IGN</td> </tr> </tbody> </table>		DIM	AUS	NORM	IGN	Fuerza muscular					Miembro superior izquierdo	()	()	()	()	Miembro superior derecho	()	()	()	()	Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()	Miembro inferior derecho	()	()	()	()	Tono muscular					Miembro superior izquierdo	()	()	()	()	Miembro superior derecho	()	()	()	()	Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()	Miembro inferior derecho	()	()	()	()	Músculos cervicales	()	()	()	()	Reflejos						DIM	AUS	NORM	IGN
	Si	No	Desc																																																																																																																																					
Tos	()	()	()																																																																																																																																					
Fiebre	()	()	()																																																																																																																																					
Estreñimiento	()	()	()																																																																																																																																					
Vómitos	()	()	()																																																																																																																																					
Diarrea	()	()	()																																																																																																																																					
	Si	No	IGN																																																																																																																																					
Paresia	()	()	()																																																																																																																																					
Parálisis	()	()	()																																																																																																																																					
Pares craneal.	()	()	()																																																																																																																																					
Flacidez	()	()	()																																																																																																																																					
Súbita	()	()	()																																																																																																																																					
Asimetría	()	()	()																																																																																																																																					
Sensibilidad	()	()	()																																																																																																																																					
Parestesia	()	()	()																																																																																																																																					
Babinski	()	()	()																																																																																																																																					
	DIM	AUS	NORM	IGN																																																																																																																																				
Fuerza muscular																																																																																																																																								
Miembro superior izquierdo	()	()	()	()																																																																																																																																				
Miembro superior derecho	()	()	()	()																																																																																																																																				
Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()																																																																																																																																				
Miembro inferior derecho	()	()	()	()																																																																																																																																				
Tono muscular																																																																																																																																								
Miembro superior izquierdo	()	()	()	()																																																																																																																																				
Miembro superior derecho	()	()	()	()																																																																																																																																				
Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()																																																																																																																																				
Miembro inferior derecho	()	()	()	()																																																																																																																																				
Músculos cervicales	()	()	()	()																																																																																																																																				
Reflejos																																																																																																																																								
	DIM	AUS	NORM	IGN																																																																																																																																				

Localización parálisis:
 SI NO IGN Prox Dist.

MSI () () () () ()	Miembro superior izquierdo () () () ()
MSD () () () () ()	Miembro superior derecho () () () ()
MII () () () () ()	Miembro inferior izquierdo () () () ()
MID () () () () ()	Miembro inferior derecho () () () ()
SI NO	
Múscul. respiratorios () ()	Signos irritación meníngea
Múscul. cervicales () ()	Rigidez de nuca () () ()
Otros: Cara lado (Der) (Izq)	Kerning () () ()
	Brudzinski () () ()
	Lasegue () () ()

5. HOSPITALIZACION: SI _____ NO _____ Fecha de internamiento ____/____/____ Hospital: _____
 Servicio _____ N° Historia clínica: _____ N° Cama _____ Ciudad: _____

6. FALLECIDO: Si () No () Fecha ____/____/____ Causa _____
 Informe necropsia _____

7. ANTECEDENTES DE VACUNA ANTIPOLIO

Vacunado SI () NO () IGN () N° dosis recibidas () Verificada con carné SI () NO () Fecha última dosis recibida _____
 Establecimiento donde fue vacunado _____ Dirección _____ Ciudad _____

8. DATOS DE LABORATORIO:

Muestra	Fecha obtención	Fecha de envío a INS	Fecha resultado Fio Cruz	Agente aislado	Observaciones
Heces 1	/ /	/ /	/ /		
Heces 2	/ /	/ /	/ /		

9. FUENTE PROBABLE DE INFECCION:

- (a) Viajes realizados en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [Si] A donde _____ [No]
 (b) Visitas recibidas en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [Si] De donde _____ [No]
 (c) Existen otros casos semejantes en el área [Si] [No] [No sabe]

10. CADENA DE TRANSMISIÓN: Objetivo: Instrucciones: Identificar el caso primario, luego:

a) Tomar como referencia la fecha de inicio de parálisis del caso. b) Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 45 días antes y 45 días después del inicio de la parálisis. c) Enumerar en orden cronológico en la siguiente tabla. d) Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 60 días a partir de su captación, para los que inician parálisis se apertura nuevas ficha.

Nombre	Edad	N° dosis recibida	Fecha última dosis	Fecha colecta heces	Fecha envío	Fecha resultado	Resultado aislamiento
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

11. ACCIONES DE CONTROL (Iniciar de inmediato cuando se presente UN caso probable)

Bloqueo Localidad (es) _____ **Búsqueda activa** (otros casos similares en el área o localidades vecinas)
 Fecha inicio: _____ N° casos hallados _____ Ingresan al sistema _____ Se descartan _____ (no cumplen criterio) _____

1 año	1-4 años	5-14 años	> 15 años	TOTAL VAC	Casas abiertas (casa donde se vacunó)	Casas cerradas (sus residentes han salido)	Casas Abandonadas	TOTAL CASAS
-------	----------	-----------	-----------	-----------	---------------------------------------	--	-------------------	-------------

12. SEGUIMIENTO DE SECUELAS:	Fecha programada	30 días	60 días	90 días	180 días
	Fecha que se realizó	/ /	/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /	/ /

EVALUACION DEL TROFISMO					EVALUACION DE REFLEJOS					
	Segmento corporal	30 días	60 días	90 días	180 días	Segmento corporal	30 días	60 días	90 días	180 días
		Fuerza muscular	Miembro superior derecho						Miembro superior derecho	
	Miembro superior izquierdo					Miembro superior izquierdo				
	Miembro inferior derecho					Miembro inferior derecho				
	Miembro inferior izquierdo					Miembro inferior izquierdo				
	Cara					Babinski				
Tono muscular	Miembro superior derecho					Músculos respiratorios				
	Miembro superior izquierdo					Comentarios:				
	Miembro inferior derecho									
	Miembro inferior izquierdo									
	Cara									
	Cervicales									
Atrofia	Miembro superior derecho									
	Miembro superior izquierdo									
	Miembro inferior derecho									
	Miembro inferior izquierdo									
Sensibilidad	Cervicales									

13. EVALUACION FINAL DE SECUELAS: Fecha: ___/___/___

TIPO DE SECUELA: Ausente () LOCALIZACION: MSI () Cara ()
 Mínima () MSD () Músculos cervicales ()
 Media () MII () Músculos respiratorios ()
 Grave () MID ()

14. ELECTROMIOGRAFIA: Realizado por: _____ en _____ Fecha: ___/___/___

Conclusión: _____

15. CLASIFICACION FINAL Polio salvaje () Polio derivado de la vacuna () Polio asociado a la vacuna () Polio compatible ()
 Descartado ()
 Especificar _____ Fecha de clasificación ___/___/___

16. CRITERIOS PARA CLASIFICACION: Laboratorio () Defuncion () Con parálisis residual () Sin parálisis residual ()
 Descartado ()

17. SE HA DESCARTADO: SGB () Neuritis traumática () Mielitis transversa () Tumor () Desconocido ()
 OTRO :Especificar _____

18. INVESTIGADOR: _____ **CARGO:** _____ **FIRMA:** _____
 Fecha: ___/___/___

19. OBSERVACIONES



PERU

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE TOS FERINA

pre factura

Definición operativa:

1. **Menor de un año de edad:** Tos de cualquier duración, sin otra causa aparente, acompañada de uno o más de los siguientes signos: tos paroxística (10 o más golpes consecutivos de tos), estridor inspiratorio, vómitos después de toser o vómitos sin otra causa aparente, apnea (con o sin cianosis) o el personal de salud sospecha de tos ferina porque el caso forma parte de un conglomerado familiar caracterizado por casos de tos.

2. **Mayor o igual a un año de edad:** Tos de dos semanas a más de duración (Tos persistente), o de cualquier duración en el contexto de un brote, sin otro diagnóstico probable, acompañada de uno o más de los siguientes signos: tos paroxística, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o vómitos sin otra causa aparente, o el personal de salud sospecha de tos ferina: En adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores pueden presentar un cuadro subclínico caracterizado por: tos nocturna y/o tos al estímulo de la región traqueal por palpación externa. La sospecha de tos ferina debe realizarse después de descartar tuberculosis pulmonar u otro diagnóstico aparente (ej. Asma).

Código de registro N°	Fecha de conocimiento local del caso	Fecha de notificación EE.SS a Red/Microred	Fecha de notificación Red/Microred a Dirección Regional de Salud	Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC	Fecha de investigación (visita domiciliar)
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

1. GERESA/DIRESA/DIRIS: *GERESA Curso*
 2. Red de Salud: *Servicio*
 3. Microred: *N° Hel*
 4. EESS notificante: *Hospital Regional Curso*
 5. Inst. Adm.: MINSAA EsSalud FF.AA./Sanidad Privado
 6. Caso captado en: Emergencia Consultorio externo Sala Institucional Sala Comunitaria

II. DATOS DEL PACIENTE

7. Tipo documento: D.N.I () CE () PTP () Pasaporte () Otro (), Especificar: _____ 8. N° documento: _____
 9. Apellidos y Nombres: _____ 10. Edad: _____ Años () / Meses () 11. Sexo: M () F ()
 12. Fecha de nacimiento: __/__/__ 13. N° celular: _____ 14. Nacionalidad: _____ 15. Pueblo étnico: _____
 16. Etnia / raza: Mestizo ___ Andino ___ Asiático descendiente ___ Afro descendiente ___ Indígena amazónico ___ 17. Ocupación: _____
 18. Gestante: Sí ___ No ___ 19. N° de semanas de gestación: _____ 20. Puérpera: Sí ___ No ___ 21. Lugar de trabajo o estudio: _____
 22. Domicilio actual:
 Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad/Agrupamiento: _____
 Tipo de zona: 1 = Urbano; 2 = Periurbano; 3 = Rural Tipo de vía: _____ (Avenida, Calle, Jirón, etc.) Nombre de vía: _____
 Nro.: _____ Mz./Lote: _____ Tiempo de residencia: _____
 Referencia para localizar (a la altura de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.)

En caso sea menor de edad, indicar:

23. Nombre de madre o tutor: _____ 24. Teléf. de madre o tutor: _____ 25. N° Doc. Identidad de madre o tutor: _____

III. CUADRO CLÍNICO

26. Fecha de inicio de síntomas: __/__/__ 27. Duración en días: tos paroxística _____
 tos persistente en >=1 año _____

Signos y síntomas	Sí	No	Fecha de inicio
Tos paroxística (> de 10 golpes de tos)			
Tos persistente (> de 2 semanas)			
Estridor			
Otros:			

Signos y síntomas	Sí	No	Fecha de inicio
Vómitos después de la tos			
Apnea			
Cianosis			

Tratamiento

29. Paciente recibió antibiótico: Sí () No ()

Nombre antibiótico	Dosis	Fecha de inicio	Vía administración	N° Días
		/ /		
		/ /		
		/ /		

IV. SEGUIMIENTO DE COMPLICACIONES Y HOSPITALIZACIÓN

Complicaciones	Sí () No ()	Fecha de inicio
31. Neumonía	Sí () No ()	__/__/__
32. Convulsiones	Sí () No ()	__/__/__
33. Encefalopatía	Sí () No ()	__/__/__
34. Anorexia	Sí () No ()	__/__/__
35. Desnutrición	Sí () No ()	__/__/__
36. Deshidratación	Sí () No ()	__/__/__
37. Otitis media	Sí () No ()	__/__/__
38. Otros (especificar):	Sí () No ()	__/__/__

Hospitalización
 39. Hospitalización: Sí () No () H.CI: _____
 40. Nombre de establecimiento de salud: _____
 41. Fecha de hospitalización: __/__/__
 42. N° de días de hospitalización () 43. Dx ingreso: _____
 44. Fecha de alta: __/__/__ 45. Dx. Egreso: _____
 46. Presenta alguna comorbilidad: Sí (especificar) _____
 No ___ Desconocido ___
 47. Se diagnóstico otras infecciones a través de pruebas de laboratorio:
 Sí (especificar) _____ No ___ Desconocido ___
 Fecha de diagnóstico: __/__/__

Defunción

48. Defunción: Sí () No () 49. Fecha de defunción: __/__/__

50. Causa básica de defunción: _____

V. ANTECEDENTES VACUNALES

* Solo considerar dosis de vacunas documentadas (en registros de vacunación en físico o en el aplicativo HIS MINSAA)

51. Dosis recibidas: Pentavalente: 1° () 2° () 3° () DPT: 1er Ref. () 2do Ref. ()
 52. Fecha de última dosis: / / 53. EE.SS donde se vacunó: _____
 54. Si el caso es < de 1 año de edad, la madre fue vacunada durante la gestación con Tdap: Si () No ()
 55. Fecha de vacunación: / /
 56. Si el caso es gestante recibió Tdap: Si () No () 57. Semana de gestación durante la vacunación: _____
 58. Fecha de vacunación: / /

VI. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN Y EXPOSICIÓN:

59. ¿ En los últimos 21 días antes del inicio de la tos, viajó? Sí No

N°	País	Departamento	Fecha de salida	Fecha de retorno

60. En los últimos 21 días antes de la tos; ¿ha tenido algún tipo de contacto con casos probables o confirmados de tos ferina? Sí No
 61. ¿Algún miembro de la familia o persona cercana ha tenido tos por más de 2 semanas? Si () No ()

N°	Apellidos y Nombres	Parentesco/ vínculo	Celular	Doc. identidad	Lugar de exposición

VII. CONTACTOS DIRECTOS: Personas que han tenido contacto en el periodo de transmisibilidad (corresponde a dos semanas antes y tres semanas después del inicio de la tos paroxística o signo clínico de referencia)

62. Presenta contactos directos: Domiciliarios : _____ Extradomiciliarios : _____

Lugar	Nombre del lugar	Dirección	Número de contactos						
			Total	Con síntomas	Esquema de vacunación completo	Esquema de vacunación incompleto	Recibieron vacunación	Recibieron antibióticos	
Casa ()									
Nido/guardería ()									
Colegio ()									
Centro de trabajo ()									
Establecimiento de salud ()									
Otro: () (especificar)									

* A los contactos directos identificados, complete el Formato de censo y seguimiento de contactos, que incluya además las siguientes variables: dirección, edad, sexo, ocupación, último día de exposición del caso.

VIII. LABORATORIO

63. Tipo de muestra: Hisopado nasofaríngeo () Aspirado nasofaríngeo ()
 Fecha de obtención de muestra: / / Fecha de resultados: / /
 64. Tipo de prueba: PCR-RT ()
 Cultivo ()
 Resultados:
 Positivo () Negativo ()
 Contaminado () No viable ()
 B. pertussis () B. parapertussis ()
 B. holmesii () Bordetella sp. ()

IX. CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO

65. Probable Confirmado por laboratorio Confirmado por nexo epidemiológico Descartado

X. PERSONAL DE SALUD QUE LLENA LA FICHA (preferentemente personal que atiende el paciente):

66. Nombre del personal de salud que atiende el caso: _____
 67. Cargo: _____ 68. Firma y Sello: _____

XI. INVESTIGADOR

69. Nombre del Investigador: _____ 70. Cargo: _____
 71. N° de celular: _____ Firma y Sello: _____



Ficha de investigación clínico - epidemiológica V.2

para la vigilancia de dengue, chikungunya, zika, oropuche, mayaro y otras arbovirosis

CIE 10: dengue sin signos (A97.0) dengue con signos de alarma (A97.1), dengue grave (A97.2), Chikungunya(A92.0), Chikungunya Grave(A92.5), Zika población general (U06.9), Oropuche (A980), Mayaro(A92.8)

I. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA (elegir la vigilancia que corresponde)

a. Definición de casos (casos que cumplen criterio clínico y epidemiológico) b. Vigilancia de febriles (Frente al incremento de febriles en EESS) c. Vigilancia centinela (Solo para EESS centinela)

II. DATOS GENERALES:

1. Fecha de atención o investigación, 2. Fecha de notificación, 3. GERESA/DIRESA/DISA CUSCO, 4. Red, 5. Micro Red, 6. EESS notificante: HOSPITAL REGIONAL CUSCO, 7. Institución de salud: Minsa, Es Salud, Sanidad PNP, Sanidad FA, Privados, Otro

III. DATOS DEL PACIENTE

8. DNI/Pasaporte/Cedula, 9. Nacionalidad, 10. Teléfono, 11. Historia clínica, 12. Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres, 13. Fecha de nacimiento, 14. Edad (años), 15. Género, 16. Ocupación, 17. Étnia, 18. Gestante, 19. Edad gestacional, 20. Fecha de última regla en gestante, 21. País, 22. Departamento, 23. Provincia, 24. Distrito, 25. Localidad de residencia actual, 26. Tipo de vía, 27. Nombre de la vía, 28. Manzana, 29. Lote, 30. Número de puerta, 31. Block, 32. Interior, 33. Kilometro, 34. Agrupamiento Humano, 35. Nombre del agrupamiento humano, 36. Sector

IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICO (DATO DE IMPORTANCIA PARA ESTABLECER LUGAR DE INFECCIÓN)

37. ¿Dónde estuvo en las últimas dos semanas (14 días) antes de enfermar?, 38. País, 39. Departamento, 40. Provincia, 41. Distrito, 42. localdad, 43. Dirección, 44. Fecha de permanencia, 45. Caso autóctono, 46. Caso importado Nacional, 47. Caso importado Internacional, 48. Tuvo dengue anteriormente, 49. Año, 50. Recibió vacuna, 51. Año de vacunación, 52. Tiene comorbilidad, 53. ¿Cuál?, 54. ¿Antes de acudir al establecimiento actual, usted acudió a otro establecimiento?

V. DATOS CLÍNICOS

55. Fecha de inicio de síntomas, 56. fecha de toma primera muestra, 57. Fecha de toma segunda muestra, 58. Fecha de evaluación médica, 59. Signos y síntomas frecuentes, Signos de alarma, Signos de gravedad, Escala de Glasgow

VI. EXÁMENES DE LABORATORIO (LLENADO POR EL LABORATORIO REFERENCIAL)

60. Prueba solicitada, Resultado, Fecha de resultado, ELISA NS1-Dengue, Prueba molecular Sueros, Prueba molecular Orina, ELISA IgM (1era muestra), ELISA IgM (2da muestra), Otros, 61. Resultado de serotipo

VII. EVOLUCIÓN DE CASOS GRAVES Y EGRESO (SOLO PARA CASOS HOSPITALIZADOS)

62. Hospitalizado, 63. Fecha de hospitalización, 64. Lugar (IPRESS u otros), 65. Ingreso a UCI, 66. Fecha de ingreso, 68. Falleció, 69. Fecha de defunción, 70. Fue referido, 71. Fecha de referencia, 67. Fecha de alta

VIII. CLASIFICACIÓN (PRIORIZAR DE ACUERDO A DEFINICIÓN DE CASO)

72. Dengue sin signos de alarma, 73. Dengue con signos de alarma, 74. Dengue grave, 75. Chikungunya, 76. Chikungunya grave, 77. Mayaro, 78. Zika, 79. Oropuche

80. Lista de prioridad diagnóstica para notificación (llenado obligatorio si se tiene mas de un diagnóstico): Si usted sospecha de dos o más enfermedades debe enumerar en la lista de acuerdo a prioridad diagnóstica en la siguiente fila: 1, 2, 3, 4

IX. OBSERVACIONES

Observaciones text area

X. INVESTIGADOR

Nombre de la persona responsable, Cargo, Celular, Firma y Sello



FICHA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE LEPTOSPIROSIS

I. DATOS GENERALES														
1. Código de la notificación			2. Fecha de notificación/...../.....											
3. Nombre de Establec. de Salud HOSPITAL REGIONAL CUSCO			4. RED/MICRORED			5. ESA/DISA/GERESA: CUSCO								
II. DATOS DEL PACIENTE:														
6. Historia clínica Nº					DNI:.....					12. Punto de Referencia				
7. Apellidos y Nombres					13. Localidad									
8. Edad.....					9. Sexo: M () F ()					14. Distrito				
10. Grado de Instrucción: Analf () Primaria () Secundaria () Superior ()					15. Provincia									
11. Domicilio: Av. /Jr. /Calle:.....					16. Departamento.....									
Nº.....Mza					Lt..... Urbanización:.....					17. Teléfono:.....				
III. INFORMACIÓN CLÍNICA.														
18. Fecha de inicio de síntomas...../...../.....			19. Tiempo de enfermedad.....			20. Fecha de obtención de 1ª muestra...../...../.....			21. Fecha de obtención de 2ª 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				Diarrea				Rash						
Malestar general				Estreñimiento				Ictericia						
Anorexia				Nauseas				Petequias						
Astenia				Vómitos				Hemorragia conjuntival bilateral						
Dolor de cabeza				Epistaxis				Hepatomegalia						
Mareo				Hemoptisis,				Esplenomegalia						
Escalofríos				Gingivorragia				Rigidez de Nuca						
Dolor muscular				Hematoquezia				Transtorno del sensorio						
Dolor pantorrillas				Hematemesis				Otros:						
Dolor lumbar				Melena										
Tos				Hematuria										
Dificultad respiratoria				Oliguria y/ o Anuria										
Dolor precordial				Alteración cardiaca										
Dolor paravertebral				Otros:										
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.														
Río, lago, piscinas, canales, etc.														
Charcas, barro, suelo de estancia de animales.														
Pozo séptico, letrina, desagüe.														
Porcinos, vacunos, canes.														
Ratas, ratones, mucas ó zarigueyas.														
Otros:														
V. LABORATORIO CLÍNICO: 27. Hemograma..... 28. Recuentos de plaquetas..... 29. Hto..... 30. Proteínas en orina.....														
VI. LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN														
31. Muestras obtenidas: sangre total () ; suero () ; orina () ; gota gruesa o frotis () LCR () Fecha:...../...../..... otros:.....														

025

32. Pruebas requeridas de laboratorio: cultivo sangre () cultivo orina () ELISA () Microaglutinación-MAT () PCR () Otros (especificar)..... Muestras previas enviadas: () si () no Fecha...../...../..... Resultado..... Prueba	
33. Resultados primera muestra Elisa IgM: Unidad leptó: PCR: MAT: 1 ^{er} serovar: título: 2 ^{do} serovar: título: 3 ^{er} serovar: título:	34. Resultados segunda muestra Elisa IgM/IgG: Unidad leptó: PCR: MAT: 1 ^{er} serovar: título: 2 ^{do} serovar: título: 3 ^{er} 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...../...../..... <div style="text-align: right;">Firma:.....</div>	

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

 DIRIS/DIRESA/GERESA: **GERESA CUSCO** Establecimiento notificante: **HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**
 Institución: Minsa ESSALUD INPE FFAA PNP PRIVADOS OTROS Especificar _____

II. DATOS DE FILIACION DEL PACIENTE

 Tipo de documento de identidad: DNI Carné de extranjería Otro Sin documento de identidad
 Registre el código o número del documento de identidad marcado: _____ Teléfono _____
 Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombres: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad _____ Sexo: Masculino Femenino
 Nacionalidad: Peruana Otro especificar _____ Lugar de nacimiento: Departamento _____
 Ocupación Actual _____
 Dirección de domicilio actual: _____
 Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____

III. DATOS DE EVENTO a notificar

- | | |
|---|--|
| 1. Caso de TB pulmonar con confirmación bacteriológica <input type="checkbox"/> | 7. Caso de TB resistente a Rifampicina (TB RR) <input type="checkbox"/> |
| 2. Caso de TB pulmonar sin confirmación bacteriológica <input type="checkbox"/> | 8. Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR) <input type="checkbox"/> |
| 3. Caso de TB extrapulmonar <input type="checkbox"/> | 9. Caso de TB monoresistente <input type="checkbox"/> |
| 4. Caso de TB abandono recuperado <input type="checkbox"/> | 10. Caso de TB polirresistente <input type="checkbox"/> |
| 5. Caso de TB recaída <input type="checkbox"/> | 11. Caso de TB extensamente resistente (TB XDR) <input type="checkbox"/> |
| 6. Caso de TB en trabajadores de salud <input type="checkbox"/> | 12. Fallecido con TB <input type="checkbox"/> |

 Código autogenerado de FICHA: Fecha de notificación: ____/____/____
 Fecha de inicio de síntomas ____/____/____ Fecha de diagnóstico: ____/____/____

 Localización anatómica de TB: Pulmonar Extra pulmonar Sistémica (miliar)
 Especificar localización de extra-pulmonar: Sistema nervioso Pleural Gastrointestinal
 Renal Ganglionar Ósea Piel Genitourinaria Otro especificar _____

 Resultado de Baciloscopia de diagnóstico (Bk inicial): Positivo (+) (++) (+++) Negativo Resultado pendiente No se realizó
 Fecha de toma de muestra ____/____/____

 Resultado cultivo diagnóstico: Positivo Negativo Resultado pendiente No se realizó
 Fecha de resultado ____/____/____

 Criterio diagnóstico: Bacteriológico Histopatológico Clínico Radiológico Otros Especificar _____

 Resultado de Prueba de sensibilidad: Sensible MDR XDR Monoresistente Poliresistente RR
 Resistencia no MDR por prueba rápida Resultado pendiente No se realizó
 Fecha de toma de muestra ____/____/____ Fecha de toma de muestra ____/____/____

 Código INS _____ Tipo de Prueba: MODS GRIES GENOTYPE Prueba convencional Otros

 Condición de ingreso (antecedente de tratamiento): Nunca tratado (Nuevo) Antes tratado: Recaída < 6 meses Recaída > 6 meses
 Abandono recuperado Fracaso
IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

 Comorbilidad y condiciones de riesgo: VIH: Positivo Negativo Resultado pendiente No se realizó Desconocido
 Diabetes Cáncer Gestante/Puérpera Alcoholismo Consumo de drogas

 Factores Sociales: Antecedentes de internado en un penal
 Antecedentes de delincuencia Chofer o cobrador de bus
 Persona en estado de abandono Paciente abandonado recurrente del tratamiento antituberculosis

 Antecedentes de contacto: Caso índice Contacto de TB sensible Contacto de TBMDR Contacto de TB XDR
 Contacto de fallecido por tuberculosis Recibió TPI
V. DATOS PARA CIERRE DEL EVENTO

 Esquema de tratamiento: Esquema TB sensible Esquema TB resistente No recibió tratamientos
 Fecha de inicio de tratamiento ____/____/____ Fecha de egreso ____/____/____

 Condición de egreso: Curado Tratamiento completo Abandono Fracaso Fallecido No evaluado

 Para pacientes fallecidos: Fecha de fallecimiento: ____/____/____
 Causa de muerte asociada a tuberculosis: SI NO
 Lugar de fallecimiento: Domicilio EESS
 Condición del tratamiento: En tratamiento En espera de tratamiento Sin tratamiento definido
VI. INVESTIGADOR:

 Nombre _____
 Cargo _____
 Fecha: ____/____/____

Sello y Firma



1. DISA/DIRESA/GERESA:		GERESA CUSCO		2. Establecimiento de Salud Notificante:		HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO							
3. Tipo de establecimiento:			4. Institución:			5. Fecha de notificación:							
<input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> CERITSS <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP <input type="checkbox"/> Otro			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO							
6. Fecha nacimiento:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año		8. Motivo de notificación:		<input type="checkbox"/> Caso probable de sífilis <input type="checkbox"/> Caso confirmado de sífilis <input type="checkbox"/> Caso descartado de sífilis <input type="checkbox"/> Caso de gonorrea							
7. DNI:													
9. Apellidos y nombres:													
10. Residencia habitual:				11. Etnia		12. Grado de instrucción:		13. Condición especial:					
Departamento:				<input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Afro Descendiente <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Indígena Amazónico <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria		<input type="checkbox"/> Trabajador (a) sexual <input type="checkbox"/> Privado de la libertad <input type="checkbox"/> Usuario de trabajo sexual					
Provincia:													
Distrito:													
14. Sexo:		15. Identidad de género:		16. Orientación sexual:		17. Estadio clínico de sífilis							
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Sífilis primaria <input type="checkbox"/> Sífilis secundaria <input type="checkbox"/> Sífilis latente <input type="checkbox"/> Sífilis terciaria <input type="checkbox"/> No determinado							
18. Pruebas diagnósticas		SÍFILIS						GONORREA					
		Prueba de tamizaje			Prueba confirmatoria			Prueba N° 1			Prueba N° 2		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año		
Tipo:		<input type="checkbox"/> RPR <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> Prueba Rápida Dual		<input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> TP-PA <input type="checkbox"/> FTA-Abs		<input type="checkbox"/> Tinción gram <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> PCR		<input type="checkbox"/> Tinción gram <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> PCR					
19. Infección concurrente con otra ITS:		<input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Herpes genital <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Infección gonocócica <input type="checkbox"/> Infección por Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Condiloma acuminado <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Molluscum contagiosum		20. Tratamiento completo:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
21. Responsable de notificación		Nombre:						Firma:					



1. DIRESA/GERESA/DISA:		GERESA CUSCO		2. Establecimiento de Salud Notificante:		HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO				
3. Tipo de establecimiento:			4. Institución:			5. Fecha de notificación:				
<input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Puesto de Salud		<input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP		<input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> Otro		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año		
6. Código del paciente:			8. Motivo de notificación:			9. Estado de infección VIH al momento del diagnóstico:				
Iniciales <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AP AM N1 N2		Fecha de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año		<input type="checkbox"/> Infección por VIH <input type="checkbox"/> Estadio SIDA <input type="checkbox"/> Gestante con VIH <input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto, infectado por VIH <input type="checkbox"/> Inicio de TARGA <input type="checkbox"/> Fallecido con VIH o SIDA			<input type="checkbox"/> Estadio 1 <input type="checkbox"/> Estadio 2 (Avanzado) <input type="checkbox"/> Estadio 3 (SIDA) <input type="checkbox"/> Desconocido		10. Nacionalidad:	
7. DNI: (CE / Pasaporte)		11. Residencia habitual:			12. Etnia		13. Grado de instrucción:		14. Condición especial:	15. Sexo al nacer:
		País: Departamento: Provincia: Distrito: Comunidad:			<input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Afro Descendiente <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Indígena Amazónico <i>Pueblo étnico*:</i> <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria		<input type="checkbox"/> Trabajador (a) sexual <input type="checkbox"/> Privado de libertad <input type="checkbox"/> Usuario de drogas inyectables <input type="checkbox"/> Usuario de drogas no inyectables	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
16. Identidad de género:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido								
17. Antecedentes de RS:		<input type="checkbox"/> RS con hombres <input type="checkbox"/> RS con mujeres <input type="checkbox"/> RS con ambos sexos <input type="checkbox"/> Desconocido								
18. Vía de transmisión:		<input type="checkbox"/> Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No determinado <input type="checkbox"/> Parenteral: <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre y/o derivados <input type="checkbox"/> Compartir agujas /UDI <input type="checkbox"/> Accidente con material contaminado <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos o tejidos <input type="checkbox"/> No determinado <input type="checkbox"/> Madre-niño (vertical) <input type="checkbox"/> Desconocida								
19. Laboratorio para caso de infección VIH:		Pruebas de tamizaje reactivas				Pruebas confirmatorias positivas				
		Prueba N° 1		Prueba N° 2		Prueba N° 1		Prueba N° 2		
Fecha		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año		
Tipo:		<input type="checkbox"/> Prueba Rápida <input type="checkbox"/> Prueba de ELISA <input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Prueba Rápida <input type="checkbox"/> Prueba de ELISA <input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> LIA		<input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> PCR		
20. Laboratorio para niño expuesto, no infectado:		Fecha				Fecha				
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año				
Tipo:		<input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> PCR				<input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> PCR				
21. TARGA		Fecha de inicio de tratamiento:								
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año								
22. Estado SIDA		Estadio SIDA:		Fecha de diagnóstico:		Criterio diagnóstico de SIDA:		<input type="checkbox"/> CD4 <input type="checkbox"/> Enfermedad indicadora		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Enfermedades indicadoras de SIDA 1. _____ 2. _____		
						Código CIE-10				
23. Coinfección:		<input type="checkbox"/> Tuberculosis ___/___/___ <input type="checkbox"/> Hepatitis B ___/___/___ <input type="checkbox"/> Hepatitis C ___/___/___ (indicar fecha de diagnóstico: dd/mm/aaaa)								
24. Defunción:		Fecha:		Defunción relacionada a SIDA:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año				Causa de muerte:				
25. Responsable de notificación		Nombre:						Firma:		

*Especificar pueblo étnico si marcó "Andino" o "Indígena amazónico"



FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA HEPATITIS VIRAL B, D Y C.



I. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y apellidos: _____ Sexo: M() F()
 DNI _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: __/__/____
 Ocupación: _____ Estado civil: _____
 Procedencia del paciente (30 días antes de la enfermedad)
 Departamento: _____ Provincia: _____
 Distrito: _____ Comunidad: _____
 Dirección Actual: _____

II. DATOS GENERALES:

Establecimiento que Notifica: **HOSPITAL REGIONAL CUSCO**
 Tipo de Establecimiento: Hospital (X) Centro De Salud ()
 Puesto de Salud ()
 UPSS: MINSA () EsSalud () Sanidad PNP-FA () Privado ()
 DIRIS/DIRESA/GERESA: **GERESA CUSCO**
 Conocimiento del caso
 Fecha de Notificación / / Fecha de Investigación / /

III. DIAGNOSTICO:

Clinico () Laboratorio () Ambos () Probable ()
 Caso de Hepatitis Viral B () Caso de Hepatitis Viral C () Caso de Hepatitis Viral D () Confirmado ()
 Gestante con Hepatitis B () Descartado ()
 Recién nacido expuesto a infección por Hepatitis B () Aguda ()
 Recién nacido no expuesto a infección por Hepatitis B () Crónica ()

IV. LABORATORIO (biomarcadores)

Fecha de Toma de Muestra: __/__/____
 Prueba Rápida (PR) HBSAG Positivo () Negativo ()
 HBsAg Positivo () Negativo () Fecha: __/__/____
 Anti HBc Total Positivo () Negativo () Fecha: __/__/____
 Anti HBc gM Positivo () Negativo () Fecha: __/__/____
 Anti HBc IgG Positivo () Negativo () Fecha: __/__/____
 Ag VHD Positivo () Negativo () Fecha: __/__/____
 Anti VHC Positivo () Negativo () Fecha: __/__/____
 ARN-VHC Positivo () Negativo () Fecha: __/__/____

Confirmado por otra muestra

Positivo () Negativo () Fecha: __/__/____
 Scanner de hígado ()

V. INFORMACIÓN CLÍNICA:

Fecha de inicio de síntomas: __/__/____
 Fatiga Si () No ()
 Anorexia Si () No ()
 Fiebre Si () No ()
 Vómitos Si () No ()
 Náuseas Si () No ()
 Ictericia Si () No ()
 Dolor abdominal Si () No ()
 Otros: _____

VI. ANTECEDENTES:

Exposición 1-6 meses antes el inicio de la enfermedad

- Transfusiones previas Si () No () Desconoce ()
- Inyecciones (indicación médica) Si () No () Desconoce ()
- Atención dental Si () No () Desconoce ()
- Tratamiento acupuntura Si () No () Desconoce ()
- Intervención quirúrgica Si () No () Desconoce ()
- Tatuajes Si () No () Desconoce ()
- Drogas endovenosas Si () No () Desconoce ()
- Hemodiálisis Si () No () Desconoce ()
- Hospitalización Si () No () Desconoce ()

Viajes recientes Si () No ()

Lugar: _____

Fecha: __/__/____

Residencia con internamiento

Guardería () Asilo () Hospital de salud mental ()

Base militar () Otros: _____

Antecedente de Hepatitis Viral

A Si () No () Desconoce ()

B Si () No () Desconoce ()

Si () No () Desconoce ()

Factores de Riesgo

- Trabaja en Salud Si () No ()
- Trabajador(a) sexual Si () No ()
- Persona privada de su libertad Si () No ()
- Población indígena amazónica Si () No ()
- Portador VIH Si () No ()

Conducta sexual

Heterosexual () Homosexual ()

N° parejas sexuales _____

Relaciones sexuales con parejas no habituales ()

Gestante:

FUR: __/__/____ Edad Gestacional ____ semanas

Fecha de primer control prenatal: __/__/____ N° hijos: _____

Tipo de parto: Vaginal () Cesárea ()

Parto: Pre termino () A termino () Post termino ()

Peso al nacer: _____ Kg.

Vacuna contra Hepatitis B

Si () No () Desconoce () Tipo de vacuna: _____

N° de dosis Fecha de ultima dosis __/__/____

Documentado con carné Si () No ()

DEVOLUCIÓN DEL CASO:

Paciente atendido por: Médico () Enfermera () Otro () Especificar: _____ N° de HC: _____

Hospitalización Si () No () Fecha de Hosp. __/__/____ EESS (hospital, C.S. Clínica, etc.): _____

Fecha de Hospitalización ____ días Fecha de Alta __/__/____ Condición de Alta: _____

Fallecido: Si () No () Fecha de Defunción / /

CONCLUSION:

Forma probable de infección: Parenteral () Sexual () Otros: _____

Lugar probable de infección: Localidad _____ Urbano () Rural ()

INVESTIGADOR

Nombres y Apellidos: _____ Cargo _____

Firma: _____ Fecha de Informe __/__/____



PERU

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades



Ficha de investigación clínico-epidemiológica Vigilancia Epidemiológica de Virus Respiratorios

I. Modalidad de vigilancia*

 ETI IRAG EXPUESTO A EPIZOOTIA

*Epizootia: presencia de animales enfermos o muertos (aves de corral o silvestres y otros animales susceptibles) con signos compatibles a influenza tipo A altamente patógena.

*Expuesto: Toda persona que ha tenido contacto con potencial fuente de infección de Influenza tipo A altamente patógena.

II.- Datos generales de la notificación*

Fecha notificación: ___/___/___

GERESA/DIRESA/DIRIS:

GERESA Cusco.

EESS: Hospital Regional de Cusco.

Inst. Admin: MINSA EsSalud FFAA/PNP Privado Otro:

Inst. cerrada: Sí No

Historia clínica N°: _____

Tipo inst. cerrada: EESS IE Otro:

III.- Identificación del paciente*

Nombres y apellidos: _____

Sexo: M F

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Edad: _____

Tipo edad: _____

Tipo de documento: DNI CE Otro N° _____

N° Teléfono: _____

Etnia o raza: Mestizo Asiático descendiente Afrodescendiente

Andino Indígena amazónico

Otro: _____

Nacionalidad: Peruano Extranjero

País de nacionalidad: _____

Domicilio actual:

País: _____

Departamento: _____

Provincia: _____

Distrito: _____

Tipo de vía: _____

Nombre de vía: _____

N° puerta: _____

Agrupamiento urbano/rural: _____

Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____

Manzana: _____

Lote: _____

Interior: _____

Kilómetro: _____

Block: _____

Referencia: _____

IV.- Criterios a considerar en eventos inusitados

Caso de IRAG en personas expuestas a epizootias

Lugar: _____

Muerte por IRAG de causa desconocida

Caso IRAG con contacto con viajeros de zonas de alta patogenicidad

Caso de IRAG en trabajadores expuestos a epizootias

Lugar: _____

Caso de IRAG en personas con antecedentes de viaje a zonas de transmisión de virus respiratorios de alta patogenicidad

Caso de IRAG con patrón respiratorio inesperado

Lugar: _____

V.- Factor o condición de riesgo

Embarazo (Edad gestacional: ___ semanas)

Puerperio

Asma

Diabetes mellitus (Tipo I y II)

Obesidad

Cáncer

Receptor de transplante de órganos

Mayor de 65 años

Enfermedad pulmonar crónica

Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica

Enfermedad hepática crónica

Enfermedad Cardiovascular (incluye hipertensión)

Nefropatía crónica

Inmunodeficiencia

VIH/SIDA

Otros

Especifique: _____

VI.- Antecedentes vacunales*

Vacuna contra influenza:

 Si No

Vacunación contra COVID-19:

 Si No**VII.- Clínica***

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___

Fecha de atención: ___/___/___

Síntomas

 Fiebre o antecedentes de fiebre Tos Dificultad respiratoria Dolor de garganta Otro: _____**VIII. Hospitalización**

Hospitalización*

 Si No**Lugar de hospitalización**

Fecha de ingreso*

Fecha de egreso

 Servicio: _____

___/___/___

___/___/___

 Trauma shock

___/___/___

___/___/___

 Unidad de Cuidados Intensivos

___/___/___

___/___/___

 Unidad de Cuidados Intermedios

___/___/___

___/___/___

Oxigenoterapia

 Si No

Fecha de inicio de oxigenoterapia:

___/___/___

___/___/___

Ventilación mecánica

 Si No

Fecha de inicio de ventilación mecánica:

___/___/___

___/___/___

Fallecimiento

 Si No

Fecha de defunción:

___/___/___

___/___/___

Alta:

 Si No

Fecha de alta:

___/___/___

___/___/___

IX. Laboratorio

Obtención de la muestra

 Si No

Fecha de obtención:

___/___/___

Tipo de muestra:

Fecha de envío de muestra:

___/___/___

 Hisopado nasofaríngeo Hisopado orofaríngeo Lavado broncoalveolar Tejidos Hisopado nasal Aspirado nasofaríngeo Aspirado endotraqueal Otro: _____

Resultado:

 Negativo Positivo

Fecha de resultado: ___/___/___

Virus identificado:

 Influenza A

Subtipo: _____

 Parainfluenza 1 Parainfluenza 3 Influenza B

Linaje: _____

 Parainfluenza 2 Parainfluenza 4 SARS-CoV-2

Variante: _____

 Virus sincicial respiratorio Rinovirus

Linaje: _____

 Adenovirus Metaneumovirus**X.- Tratamiento**

Oseltamivir:

 Si No

Fecha de inicio de administración de oseltamivir: _____

Antibióticos:

 Si No

Especifique: _____

XI.- Firma y sello de la persona que notifica*

Persona que llena la ficha: _____

Firma y sello

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de EnfermedadesCorreo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01 - 631-4500

Ca. Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María - Lima

Dirección electrónica: <http://www.dge.gob.pe>



HOSPITAL REGIONAL CUSCO
Oficina de Inteligencia Sanitaria - Unidad de Epidemiología

FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO

I. FUENTE DE FINANCIAMIENTO: SOAT MTC PARTICULAR SIS OTRO

II. DATOS RELACIONADOS AL LESIONADO (Buscar en la Historia Clínica)

1. N° de HC emergencia: 2. N° HC Hospitalización:

2.1. Referido de un EESS Nombre del EESS:

3. Apellidos y Nombres:
Apellidos Nombres

4. DNI. 5. Edad: 6. Sexo 6.1. Masculino 6.2. Femenino

7. Dirección: 7.1. Jr./Av./Calle/Localidad
7.2. Distrito: 7.3. Provincia: 7.4. Departamento:

8. Fecha de Ingreso al Establecimiento: ____/____/____ 9. Hora: ____:____ horas/min. CIE 10

10. Diagnóstico Médico: DX 1:
DX 2:
DX 3:

11. Fecha de Egreso del Establecimiento: N° de Celular:

12. Condición de Egreso: 12.1. Alta 12.2. Fallecido 12.3. N° de Celular:

12.4. ¿Requiere Rehabilitación?: SI NO ¿Referido a donde?:

III. DATOS RELACIONADOS AL ACCIDENTE (Buscar en la Denuncia Policial)

13. Fecha del Accidente: ____/____/____ 14. Hora: ____:____ horas/min.

15. Lugar del Accidente:
15.1. Jr/Av/Calle/Localidad:
15.2. Departamento: 15.3. Provincia: 15.4. Distrito:

16. Vía principal donde ocurrió el accidente 17. Tipo de accidente

16.1. Calles / Jirones 17.1. Atropellado
16.2. Avenidas 17.2. Choque 17.2.1. Con objeto móvil 17.2.2. Con objeto
16.3. Carreteras 17.3. Volcadura
16.4. Autopistas / Vía expresa 17.4. Caída

A. REFERENTE AL LESIONADO	B. REFERENTE AL OCASIONANTE DEL ACCIDENTE
<p>18. El lesionado se encontraba en:</p> <p>18.1. <input type="checkbox"/> Veh. Motorizado 18.2. <input type="checkbox"/> Veh. No Motorizado</p> <p>18.1.1. <input type="checkbox"/> Motocicleta 18.2.1. <input type="checkbox"/> Bicicleta 18.1.2. <input type="checkbox"/> Motocar 18.2.2. <input type="checkbox"/> Carreta</p> <p>18.1.3. <input type="checkbox"/> Automóvil 18.1.4. <input type="checkbox"/> Microbus 18.1.5. <input type="checkbox"/> Omnibus 18.1.6. <input type="checkbox"/> Camion/Trailer 18.1.7. <input type="checkbox"/> Tren</p> <p>18.3. <input type="checkbox"/> El lesionado es un peatón</p> <p>19. Ubicación del lesionado: 19.1. <input type="checkbox"/> En la Vía/Calle 19.2. <input type="checkbox"/> Pasajero 19.3. <input type="checkbox"/> Conductor 19.4. <input type="checkbox"/> Dentro vivienda/local</p> <p>20. Traslado de lesionado por: 20.1. <input type="checkbox"/> Ocasionante 20.5. <input type="checkbox"/> Personal Particular 20.2. <input type="checkbox"/> Familiar 20.6. <input type="checkbox"/> Policía 20.3. <input type="checkbox"/> Propios medios 20.7. <input type="checkbox"/> Bombero 20.4. <input type="checkbox"/> Serenazgo 20.8. <input type="checkbox"/> Ambulancia servicio salud</p>	<p>21. Tipo de Vehículo:</p> <p>21.1. <input type="checkbox"/> Veh. Motorizado 21.2. <input type="checkbox"/> Veh. No Motorizado</p> <p>21.1.1. <input type="checkbox"/> Motocicleta 21.2.1. <input type="checkbox"/> Bicicleta 21.1.2. <input type="checkbox"/> Motocar 21.2.2. <input type="checkbox"/> Carreta 21.1.3. <input type="checkbox"/> Automóvil 21.1.4. <input type="checkbox"/> Microbus 21.3. <input type="checkbox"/> Otros: 21.1.5. <input type="checkbox"/> Omnibus 21.1.6. <input type="checkbox"/> Camion/Trailer 21.1.7. <input type="checkbox"/> Tren</p> <p>22. Condición vehículo ocasionante del accidente 22.1. <input type="checkbox"/> Particular 22.2. <input type="checkbox"/> Público 22.3. <input type="checkbox"/> Estatal 22.4. <input type="checkbox"/> Privado</p>

IV. DATOS RELACIONADOS AL CONDUCTOR (Buscar en Póliza y denuncia Policial)

23. Apellidos y Nombres:
Apellidos Nombres

24. Edad: 25. Sexo: 25.1. Masculino 25.2. Femenino

26. N° de Licencia de Conducir 26.1. SI N° 26.2. NO 26.3. No sabe

27. Comisaria donde se registra denuncia Policial:
Nombre de la Comisaria

27.1. Departamento: 27.2. Provincia: 27.3. Distrito:

V. DATOS RELACIONADOS DEL VEHÍCULO (Buscar en Carta de Garantía y Póliza)

28. N° Póliza SOAT: 29. N° Placa de vehículo:

30. Nombre dueño Póliza SOAT:

31. Aseguradora: 31.1. Rimac 31.2. Pacifico Seguros 31.3. La Positiva 31.4. General Peru



**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
 FICHA DE CAPTACIÓN DEL CASO INCIDENTE O PREVALENTE**

Código único de ficha _____ Fecha de notificación _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE

1. Nombre del establecimiento **HOSPITAL REGIONAL CUSCO**
 2. Red _____

II. DATOS DEL PACIENTE

3. APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____ 4. N° HISTORIA CLÍNICA _____
 5. Fecha de nacimiento _____ 6. Tipo de documento de identidad _____
 7. N° Documento. _____ 8. Nacionalidad _____
 9. Dirección _____
 Distrito _____ Provincia _____
 Departamento _____
 10. Edad _____ 11. Sexo F M 12. Grado de instrucción _____
 13. Seguro de salud Si No 14. Tipo de seguro _____
 15. Etnia-Raza _____

III. ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA _____

IV. COMORBILIDADES AL MOMENTO DE LA CAPTACIÓN DEL CASO

Comorbilidad 1 _____ Comorbilidad 2 _____
 Comorbilidad 3 _____ Comorbilidad 4 _____

V. MODALIDAD DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL ELEGIDA AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN DEL CASO

Hemodiálisis Convencional Diálisis peritoneal crónica ambulatoria Manejo conservador
 Hemodiafiltración Crónica Diálisis peritoneal automatizada

VI. TIPO DE CASO PARA EL SISTEMA DE REGISTRO

Incidente Prevalente

VII. MODALIDAD DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL PREVIA AL INGRESO AL PROGRAMA DE DIÁLISIS CRÓNICA DEL CASO INCIDENTE O CASO PREVALENTE

Hemodiálisis crónica convencional Diálisis peritoneal crónica ambulatoria Diálisis peritoneal automatizada
 Trasplantado renal (Rechazo del injerto) Hemodiafiltración Crónica (HDFC) Ninguna modalidad

VIII. PERFIL SEROLOGICO PARA INFECCIONES AL INGRESO PARA EL CASO NUEVO (PACIENTE INCIDENTE) O AL MOMENTO DEL REGISTRO PARA EL CASO PREVALENTE

	Resultados		Fecha de exámen
	No reactivo	Reactivo	
16. Serología Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Serología Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Anti Core (B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Serología VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sifilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Anticuerpos AntiHB (UI/ml)	> 10 UI/ml <input type="checkbox"/>	< 10 UI/ml <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX. DATOS RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA CONVENCIONAL O HEMODIAFILTRACIÓN CRÓNICA

PRIMERA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA PARA EL CASO NUEVO O INCIDENTE

22. Fecha de primera sesión de Hemodiálisis _____
 23. Establecimiento de salud de la primera sesión de Hemodialisis _____
 24. Tipo de Acceso Vascular para la primera sesión de Hemodiálisis _____ Fecha de colocación _____
 25. Tipo de Ingreso a primera sesión de Hemodiálisis (Emergencia o electivo) _____

DATOS RELACIONADOS DEL PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA CONVENCIONAL O HEMODIAFILTRACION CRÓNICA DEL PACIENTE PREVALENTE

26. Fecha de ingreso al programa de Hemodiálisis crónica

27. Número de accesos vasculares previos

28. Fecha de primera sesión de hemodiálisis en la IPRESS actual

29. Tipo de acceso actual

Fistula A-V	<input type="text"/>	Fecha de colocación	<input type="text"/>
Cateter permanente	<input type="text"/>	Fecha de colocación	<input type="text"/>
Cateter temporal	<input type="text"/>	Fecha de colocación	<input type="text"/>
Injerto (Goretex)	<input type="text"/>	Fecha de colocación	<input type="text"/>

X. DATOS RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA

COLOCACIÓN DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL DEL CASO NUEVO O CASO INCIDENTE

30. Tipo de catéter Catéter recto Fecha de colocación Catéter curvo Fecha de colocación

PRIMERA SESIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA PARA EL CASO NUEVO O INCIDENTE

31. Fecha de primera sesión de Diálisis peritoneal crónica (DPC)

32. Lugar de primera sesión de DPC

33. Modalidad de DPC DPCA Diálisis peritoneal automatizada (DPA)

DATOS RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA DEL PACIENTE PREVALENTE

34. Fecha de Ingreso al programa de DPCA/ DPA y/o fecha de primera sesión de DPCA/DPA en la IPRESS actual

35. Tipo de diálisis peritoneal crónica actual en la IPRESS DPCA Diálisis peritoneal automatizada (DPA)

36. Tipo de catéter Catéter recto Fecha de colocación Catéter curvo Fecha de colocación

XI. DATOS RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE ELECCIÓN DE LA MODALIDAD CONSERVADORA

37. Fecha de elección de la modalidad conservadora

38. Tipo de IPRESS que autoriza la modalidad conservadora

39. Motivo de elección de la terapia conservadora

XII. PERFIL BIOQUÍMICO AL INGRESO DEL CASO INCIDENTE O AL MOMENTO DEL REGISTRO DEL CASO PREVALENTE (HEMODIÁLISIS O DIÁLISIS PERITONEAL O HDFC)

	Valor (Coincidir las unidades)	Fecha de examen
40. Urea (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
41. Creatinina (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42. Hemoglobina Ingreso (g/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
43. Hemoglobina alta (g/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
44. Hematocrito (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
45. Proteínas Totales (g/l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46. Albúmina (g/l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47. Fosfatasa Alcalina (U/l)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
48. PTH Intacta (pg/ml)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
49. TGO (U/Lt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
50. TGP (U/Lt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
51. Calcio (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
52. Glicemia (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
53. Fósforo (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
54. Hierro sérico (ng/ml)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
55. Ferritina (ng/ml)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

55. Grupo Sanguíneo Grupo A Grupo B Grupo AB Grupo O Rh Positivo Rh Negativo

Fecha de examen

*Opcional en pacientes incidentes

X. EXÁMENES BIOQUÍMICOS DURANTE EL SEGUIMIENTO (Válido para hemodiálisis crónica, HDFC, diálisis peritoneal crónica ambulatoria o DPA)

Registro Mensual	Valor (Coincidir unidades)	Fecha de Examen
24. Hemoglobina (g/dl)		
25. Urea (mg/dl)		
26. Hematocrito (%)		
27. Glicemia (mg/dl)*		
28. Creatinina (mg/dl)		
29. Calcio (mg/dl)		
30. Fósforo (mg/dl)		

* Registrar solo en pacientes en Diálisis Peritoneal Crónica

Registro Trimestral		
31. Fosfatasa Alcalina (U/Lt)		
32. Proteínas Totales (g/Lt)		
33. Albúmina (g/Lt)		
34. TGO (U/Lt)		
35. TGP (AST) (U/Lt)		
36. PTH Intacta (pg/ml)		
37. Hierro sérico (mg/dl)		
38. Ferritina (mg/dl)		

XI. VIGILANCIA DE INFECCIONES (Registro semestral y anual para hemodiálisis crónica y HDFC, solo anual para diálisis peritoneal crónica)

Registro Semestral	Resultados		Fecha de Examen
	No Reactivo	Reactivo	
39. Serología Hepatitis C			
40. Serología Hepatitis B			
41. Anti Core (HB)			
42. Sífilis			
43. Anticuerpos AntiHB (U/ml)*	>10 U/ml <input type="text"/>	<10 U/ml <input type="text"/>	

* Pacientes no protegidos

Registro Anual			
44. Serología VIH			
45. Anticuerpos AntiHB (U/ml)*	> 10 U/ml <input type="text"/>	< 10 U/ml <input type="text"/>	

* Pacientes protegidos

XII. ADECUACIÓN DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA O HDFC DURANTE EL SEGUIMIENTO

Registro Mensual	Valor (Coincidir unidades)	Fecha de Examen
46. Kt/V urea		
47. ICP*		
48. TRU**		
Registro Semestral		
49. FRR***		

XIII. ADECUACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA AMBULATORIA Y DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA DURANTE EL SEGUIMIENTO

Registro Mensual	Valor (Coincidir unidades)	Fecha de Examen
50. Kt/V urea total semanal		
51. ICP*		
52. CICr total semanal****		
Registro Semestral		
53. FRR***		
54. TEP***** Alto <input type="checkbox"/> Medio alto <input type="checkbox"/> Medio bajo <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> No Evaluado <input type="checkbox"/> Fecha <input type="text"/>		

XIV. CONDICIÓN FINAL DEL PACIENTE EN EL SEGUIMIENTO (registrar estos datos solo cuando ocurre estos eventos)

55. Fallecimiento	Fecha <input type="text"/>	Causa <input type="text"/>
56. Abandono del Programa	Fecha <input type="text"/>	
57. Transferido	Fecha <input type="text"/>	Lugar <input type="text"/>
58. Cambio de Modalidad	Fecha <input type="text"/>	
59. Nueva Modalidad de Terapia de Reemplazo Renal		
DPCA <input type="checkbox"/>	DPA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/> Causa <input type="text"/>
Hemodiálisis Crónica <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	Causa <input type="text"/>
Hemodiafiltración Crónica <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	Causa <input type="text"/>
Trasplante Renal <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	
Manejo Conservador <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	Causa <input type="text"/>

* Índice del Catabolismo Proteico **tasa de Reducción de la Urea ***Función Renal Residual ****Clarence de creatinina total semanal *****Test de Equilibrio Peritoneal



FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN E INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS

Código de Identificación	Fecha de conocimiento a nivel local	Fecha de notificación del Establecimiento	Fecha de Investigación	Fecha de Notificación a la DISA/DIRESA	Fecha de Notificación Nacional
--------------------------	-------------------------------------	---	------------------------	--	--------------------------------

I. DATOS GENERALES

Nombre del establecimiento: _____

DIRESA/DISA Rod Microred.....

Ubicación: Localidad _____ Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____

Captado: Servicio Emergencia S. Hospitalización Consulta Externa Otros.....

Notificación Regular [] Busqueda Activa [] Situación de Riesgo [] Investigación de Brote [] Otros _____

II. DATOS DEL PACIENTE

Nombres: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento:/...../..... Lugar de Nacimiento: _____

Edad: _____ Años () Meses () Sexo: M [] F [] DNI: Embarazada: Si [] No []

Grado de instrucción: Inicial [] Primaria [] Secundaria [] Superior [] Sin instrucción []

Seguro: SIS [] EsSalud [] Otros: Ocupación: _____

PROCEDENCIA **DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL**

Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____

Localidad _____ Centro Poblado _____ Telefono/Célular _____

Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, vecinos, jefe o patrón, lugar de trabajo, etc.....)

Etnia: Mestizo [] Afrodescendiente [] Andino [] Indígena Amazónico [] Asiático descendiente [] Otros _____

Procedencia Habitual: Urbana [] Urbana marginal [] Rural Campesina [] Campamento []

III. FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO

3.1 Fecha de la intoxicación/...../..... 3.2 Hora A.M [] P.M []

3.3 Lugar de ocurrencia de la Intoxicación: 1. Casa [] 2. Escuela [] 3. Trabajo []

4. Especificar el lugar de trabajo..... 5. Otros (especificar)

3.4 Ubicación en donde se intoxicó:

DIRECCION	Localidad / Caserio / Anexo	Distrito	Provincia
3.5 Alimentos involucrados en la exposición (especificar):.....			
3.6 Tipo de producto	1. Plaguicida []	2. Otros (especificar)	
3.7 Nombre del producto:	3.8 Concentración	3.9 Presentación	
3.10 Cantidad utilizada:	3.11 Donde lo obtuvo		
3.12 Circunstancia de Intoxicación:	1. Laboral []	2. Accidental No Laboral []	3. Voluntaria (Intencional Suicida) []
4. Provocada (Intento de homicidio) []	5. Otros.....	6. Desconocida []	
3.13 Actividad que realizaba en el momento de la Exposición/Intoxicación (Elija una o si es múltiple):			
1. Producción-Formulación-Síntesis []	2. Almacenamiento/Distribución/Expendio []	3. Uso Agrícola []	
4. Uso en Salud Pública []	5. Mantenimiento de Equipo []	6. Uso humano []	
7. Uso domiciliario []	8. Uso veterinario []	9. Reentrada en cultivo []	
10. Manejo de plaguicidas sin protección []	11. Mezcla - Recarga []	12. Transporte []	
13. Otros (especificar).....	14. Realiza buenas prácticas en el manejo de plaguicidas	1 Si () 2. No ()	
3.14 Tiempo de exposición:..... (Años), (Meses), (Días), (Horas), (Minutos)			

IV. VÍA DE EXPOSICIÓN

1. Oral [] 2. Piel [] 3. Mucosas - Ocular- Otras [] 4. Respiratoria [] 5. Desconocida []

V. CUADRO CLÍNICO: Fecha de consulta:/...../..... Inicio de Síntomas/...../..... SE

Sistémico: []		Si [1]	No [2]		
1. Náuseas []	2. Vómitos []	3. Dolor Abdominal []	4. Incontinencia de esfínteres []	5. Cefalea []	
6. Diarreas []	7. Mosis []	8. Sudoración []	9. Temblor de manos y otras partes []	10. Cianosis []	
11. Mdrasis []	12. Mareos []	13. Bradicardia []	14. Trastorno de la conciencia []	15. Disnea []	
16. Convulsiones []	17. Pólipnea []	18. Rash Dármico []	19. Sibilancias []		
20. Debilidad muscular en miembros inferiores []	21. Debilidad músculos proximales []		22. Insuficiencia respiratoria []		
23. Otros			24. No presento síntomas []		
25 Tipo de Intoxicación	1. Leve []	2. Moderada []	3. Grave []		

VI. ANTECEDENTES:

6.1. Intoxicaciones anteriores: 1. Si [] 2. N° Veces 3. No [] 6.2. Fecha:/...../..... 6.3. Lugar: 1. Casa () 2. Escuela ()
3. Trabajo () 4. Otros (Especificar) (.....) 5. Observaciones:.....
6.4. Causa (s) 1. Laboral () 2. Accidental No Laboral () 3. Voluntario (Intencional) () 4. Provocado (Homicidio) () 5. Otros.....

VII. EXÁMENES TOXICOLÓGICOS:

Nombre del laboratorio Se tomó muestra: 1. Si [] 2. No []
Tipo de muestra: 1. Sangre [] 2. Otros Fecha de toma de muestra:/...../.....
Fecha de envío de laboratorio/...../..... Fecha de recepción de laboratorio/...../.....
Test de Colinesterasa: 1. Si [] 2. No [] Resultado: % U/Lt Método
Otros exámenes de Flujo: 1. Si [] 2. No [] Indique cual: Servicio:.....
Fecha del último examen ocupacional:...../...../.....

VIII. Destino del intoxicado

1. Ambulatorio [] 2. Emergencia [] 3. Hospitalizado [] Fecha:...../...../..... 3.1. Servicio (especificar).....
4. Su casa [] 5. Trabajo [] 6. Médico Legal (fallecido) []

IX. Tratamiento recibido:

Oral Dosis: Parenteral Dosis
Antídoto Evaluación de secuelas

X. Evolución del intoxicado

1. Recuperado [] 2. Transferido [] 3. Alta: Fecha/...../.....
4. Fallecido [] 4.1. Fecha de defunción/...../..... Causa básica de la muerte (QE-10)

XI. Diagnóstico Final

1. Confirmación clínico- epidemiológica [] 2. Confirmación por laboratorio 1. Si [] 2. No []
3. Descartado [] 4. Otros:.....

XII. Fecha del período de la investigación

...../...../...../...../..... Firma

XIII. Nombre del Investigador

Médico [] Enfermera [] Otros (especif) Teléfono Celular



VIGILANCIA CENTINELA DEL INTENTO SUICIDA FICHA DE REGISTRO

Código único de Ficha _____

Fecha de notificación: _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RED/DISA/DIRESA/GERESA GERESA CUSCO Establecimiento de Salud HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
Nivel de atención III-1 Fecha de atención _____

II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES 2. N° H. Clínica
3. Fecha de Nacimiento 4. Teléfono 5. Celular (apoderado) 6. N° DNI
7. Dirección Actual 8. Departamento
9. Provincia 10. Distrito 11. Edad 12. Sexo F M 13. Seguro de salud: Si () No () 14. Tipo de Seguro
15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres Hermanos Pareja Abandono Social Otros Especificar
16. Grado de Instrucción: Sin instrucción Primaria Secundaria Universitario Técnico 17. Ocupación
18. Gestante: Si No Edad Gestacional 19. Puérpera Si No Semanas Postparto

III. ANTECEDENTES

1. Antecedente de intento suicida: Nunca Una Vez Dos Veces Más de dos veces
2. Edad del paciente en su primer intento suicida 3. Número de intentos en el presente año:
4. Tratamiento psicológico / psiquiátrico previo al/ los intento (s) Si No

IV. CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO ACTUAL

1. Motivo (s) del Intento
a. Problemas con su pareja o cónyuge b. Problemas con sus padres c. Problemas con sus hijos d. Problemas con sus pares
e. Problemas con otros parientes f. Problemas económicos g. Por problemas con su salud física h. Por problemas en su salud mental
i. Experiencia violenta, inesperada o traumática j. Otro k. Sin motivo aparente
2. Planificación del intento: Si No 3. Uso de sustancias psicoactivas No Alcohol Marihuana PBC Clorhidrato de cocaína Otro
4. Medio utilizado:
Ingesta de plaguicidas y órganos fosforados (ratificidas, carbamatos, etc) Suspensión (ahorcamiento) Ingesta de alimentos
Arma blanca (hoja de afeitar, vidrio, tijera, cuchillo) Arma de fuego (pistola, revólver) Corrosivo (ácido muriático, desinfectante, lejía)
Lanzamiento al vacío Otro Especificar:
5. Caso precedente de Comunidad Indígena Amazónica: Si No
6. Etnia Amazónica Ashaninka Awajün Shipibo-Konibo Yanesha Otro Especificar:

V. DIAGNÓSTICO ACTUAL

1. Diagnóstico Psiquiátrico Ninguno Episodio depresivo Esquizofrenia Alcoholismo Trastorno de la personalidad Trastorno depresivo recurrente Otros Especificar:
2. Diagnóstico de otra enfermedad médica Ninguno TBC VIH/SIDA Cáncer Otros Especificar:
3. Tipo de violencia Ninguna Físico Sexual Psicológico Negligencia
4. Condición final de la atención actual Alta Alta voluntaria o fuga Referido Especificar nombre del EESS: Hospitalizado Fallecido

VI. SEGUIMIENTO (3 meses)

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA
a. Número de sesiones por tipo de intervención recibida
Consulta médica () Intervención individual () Intervención familiar ()
Consulta psicológica () Psicoterapia individual () Visita familiar integral ()
b. Completo número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud Si No
2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS
Realiza actividades Personal/familiares: Totalmente Parcialmente
Realiza actividades labores y/o estudiantiles: Totalmente Parcialmente
Realiza actividades sociales Totalmente Parcialmente Mínima o ninguna
3. EVOLUCIÓN
Favorable Desfavorable sin repetición de intento suicida Alta Desfavorable con repetición de intento suicida Abandono de tratamiento Pérdida de Seguimiento

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

VIGILANCIA CENTINELA DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE
FICHA DE REGISTRO

Código único de Ficha _____

Fecha de notificación: _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RED/DISA/DIRESA/GERESA **GERESA CUSCO**Establecimiento de Salud **HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO**Nivel de atención **III-1**

Fecha de atención _____

II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____ 2. N° H. Clínica _____

3. Fecha de Nacimiento _____ 4. Teléfono _____ 5. Celular (apoderado) _____ 6. N° DNI _____

7. Dirección Actual _____ 8. Departamento _____

9. Provincia _____ 10. Distrito _____ 11. Edad _____ 12. Sexo F M 13. Seguro de salud: Si () No () 14. Tipo de Seguro _____15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres Hermanos Pareja Abandono Social Otros Especificar _____16. Grado de Instrucción Sin instrucción Primaria Secundaria Universitario Técnico 17. Ocupación _____18. Gestante: Si No Edad Gestacional _____ 19. Puerpera Si No Semanas Postparto _____

III. DATOS DEL EVENTO

1. Criterios diagnósticos

Ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días () Pérdida de energía () Menoscabo del funcionamiento personal, social y laboral ()

Pérdida de interés en las cosas que antes le gustaban () Ideación suicida () Intento suicida ()

2. DIAGNÓSTICO:

ED moderado s/síntoma somático F32.1 () ED moderado c/síntoma somático F32.1 ()

ED grave s/síntomas psicóticos F32.2 () ED grave c/síntomas psicóticos F32.3 ()

IV. CONDICIONES DE RIESGO:

1. Comorbilidad Enfermedad cardiovascular () Artritis/Artrosis () Asma () VIH/SIDA () TBC () Trastorno Neurológico ()
Cáncer ()

Trastorno Endocrinológico () Especifique: _____ Trastorno Mental () Especifique: _____

2. Antecedentes familiares:

Con Trastornos Depresivos () Con Trastornos Mentales () Especifique: _____

3. Estrésores Sociales:

Periodo de duelo () Violencia: Escuela () Laboral () Familiar () Tipo de Violencia: Física () Psicológica () Sexual () Negligencia ()

V. SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 6 MESES

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: Si () No ()

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico:

Regular () Irregular () Abandono ()

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención:

Consulta médica () Intervención individual ()

Intervención familiar () Psicoterapia individual ()

Consulta psicológica () Visita familiar integral ()

1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?: Sí () No ()

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

2.1. Realiza actividades Personal/ familiares:

Totalmente Parcialmente

2.2. Realiza actividades laborales

Totalmente Parcialmente

2.3. Realiza actividades sociales

Totalmente Parcialmente

3. EVOLUCIÓN Favorable () Desfavorable ()

Alta () Abandono ()

Pérdida de seguimiento ()

4. CONDUCTA SUICIDA Ideación suicida No () Sí ()

Intento suicida No () Sí ()

N° de veces: _____ Fecha del último Intento: _____

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 2 AÑOS

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: Si () No ()

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico:

Regular () Irregular () Abandono ()

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención:

Consulta médica () Intervención individual ()

Intervención familiar () Psicoterapia individual ()

Consulta psicológica () Visita familiar integral ()

1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?: Sí () No ()

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

2.1. Realiza actividades Personal/ familiares:

Totalmente Parcialmente

2.2. Realiza actividades laborales

Totalmente Parcialmente

2.3. Realiza actividades sociales

Totalmente Parcialmente

3. EVOLUCIÓN Favorable () Desfavorable ()

Alta () Abandono ()

Pérdida de seguimiento ()

4. CONDUCTA SUICIDA Ideación suicida No () Sí ()

Intento suicida No () Sí ()

N° de veces: _____ Fecha del último Intento: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA
LA FICHA DE REGISTRO

013



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

VIGILANCIA CENTINELA DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO FICHA DE REGISTRO

Código único de Ficha _____

Fecha de notificación: _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RED/DISA/DIRESA/GERESA GERESA CUSCO
Nivel de atención III-1

Establecimiento de Salud HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
Fecha de atención _____

II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____ 2. N° H. Clínica _____

3. Fecha de Nacimiento _____ 4. Teléfono _____ 5. Celular (apoderado) _____ 6. N° DNI _____

7. Dirección Actual _____ 8. Departamento _____

9. Provincia _____ 10. Distrito _____ 11. Edad _____ 12. Sexo F [] M [] 13. Seguro de salud: Si () No () 14. Tipo de Seguro _____

15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres [] Hermanos [] Pareja [] Abandono Social [] Otros [] Especificar _____

16. Grado de Instrucción Sin instrucción [] Primaria [] Secundaria [] Universitario [] Técnico [] 17. Ocupación _____

18. Gestante: Si [] No [] Edad Gestacional _____ 19. Púérpera Si [] No [] Semanas Postparto _____

III. ANTECEDENTES

1. Problemas perinatales Asfixia severa [] Prematuridad [] Infección [] Caída brusca [] Bajo peso al nacer []

2. Antecedente familiar con trastornos psiquiátricos o problemas psicosociales Si [] No [] Especificar: _____

3. Tipo de Violencia: Ninguna [] Físico [] Sexual [] Psicológico [] Negligencia []

4. Consumo de sustancias psicoactivas Alcohol [] Tabaco [] Marihuana [] PBC [] Otro [] Especificar: _____

IV. CARACTERÍSTICAS DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

1. Signo y síntomas presentes:

Síntomas negativos [] Síntomas positivos [] Conducta suicida (Ideación / Intento) [] Conducta heteroagresiva (Ideación / Intento) []

2. Factores psicosociales

Problemas con los padres [] Problemas por bajo rendimiento en los estudios [] Problemas en el trabajo [] Problemas económicos []

Problemas por separación de padres [] Problemas con su salud física [] Otro [] Especificar: _____

V. SEGUIMIENTO (a los 8 meses)

1. Diagnóstico de Salud Mental - Comorbilidad

Esquizofrenia [] Episodio Depresivo [] Trastorno de personalidad [] Abuso de sustancias [] Otros [] Especificar: _____

2. Disposición Terapéutica

2.1 ¿Cumplió con el tratamiento indicado? Si [] No [] 2.2. Tratamiento Farmacológico Regular [] Irregular [] Abandono []

2.3. Número de sesiones por tipo de intervención:

Consulta médica () Intervención Individual () Intervención familiar ()
Psicoterapia individual () Consulta psicológica () Visita familiar integral ()

2.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud Si [] No []

3. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

Realiza actividades Personal/familiares: Totalmente [] Parcialmente []
Realiza actividades labores: Totalmente [] Parcialmente []
Realiza actividades sociales: Totalmente [] Parcialmente []

3. EVOLUCIÓN

Favorable [] Estacionaria [] Desfavorable [] Abandono del tratamiento [] Alta [] Perdida de seguimiento []

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO

012



FORMATO DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE DEFUNCIONES POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y/O NEUMONÍA EN MAYORES DE 60 AÑOS



I.- Datos generales establecimiento notificante

1. Establecimiento de salud: _____
 2. Código RENAES: _____ 3. Fecha de llenado de datos: ____/____/____

II.- Identificación de la Persona Adulto (a) Mayor fallecido

4. Nombres y apellidos: _____
 5. Sexo: Masculino Femenino
 6. Edad: _____ Años
 7. N° de historia clínica: _____
 8. N° DNI/CE/Pasaporte: _____
 9. Fecha de nacimiento: ____/____/____
 10. Nacionalidad: _____
 11. Raza:
 Asiático descendiente Mestizo
 Afrodescendiente Otro, especificar: _____
 Etnias:
 Andino Indígena amazónico
 Otro, especificar: _____
 12. Dirección (donde vivía habitualmente): Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
 Tipo de vía: _____ Nombre de la vía: _____
 Agrupamiento urbano/rural: _____ Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____
 Manzana: _____ Block: _____ Interior: _____ Kilometro: _____ Lote: _____
 Referencia: _____

III.- Datos de la defunción

13. Fecha de defunción: ____/____/____
 14. Hora de defunción: ____/____/____
 15. Lugar de defunción:
 Departamento: _____
 Provincia: _____
 Distrito: _____
 16. Lugar de ocurrencia de la defunción:
 Casa
 Casa de reposo (residencia, albergue, asilo, etc)
 Hospital o Clínica con permanencia más de 24 hrs
 Hospital o Clínica con permanencia menos de 24 hrs
 Centro de Salud Puesto de Salud
 Otro:

IV.- Datos sobre atención y acceso a servicios de salud

17. Fecha de inicio de enfermedad respiratoria: ____/____/____
 18. Fecha de primera atención: ____/____/____
 19. Quién cuidaba habitualmente a la Persona Adulta Mayor?
 Espos(a) Otro familiar Otro:
 Hijo(a) Nadie Cuidador (Técnica de Enfermería o Lic. Enfermería)
 20. Funcionalidad:* Independiente Dependiente Parcial Dependiente Total
 21. Antecedentes de Comorbilidades:
 Desorden Cerebrovascular TBC Enf. Cardíacas Adelgazado
 Corticoterapia Crónica Asma Enf. Hepáticas Anemia
 Insuficiencia Renal Crónica Neoplasia Parkinson Obesidad
 Diabetes Mellitus Fibrosis Pulmonar Demencia
 Bronquiectasia EPOC Portador de Sonda Nasogástrica o Gastrostomía
 22. Se atendía regularmente sus comorbilidades: Si No (si la respuesta es SI, llene el ítem 23)
 23. Dónde se atendía regularmente:
 Puesto de salud Hospital Farmacia / botica Otro: _____
 Centro de salud Clínica privada Curandero
 24. A que establecimiento acudió en primer lugar:
 Puesto de salud Hospital Farmacia / botica Otro: _____
 Centro de salud Clínica privada Curandero
 25. Por la gravedad le indicaron la transferencia a otro establecim Si No
 Aceptó la transferencia: Si No Fecha de la transferencia: ____/____/____ Hora: _____
 26. Tipo de aseguramiento:
 SIS Fuerzas Armadas y Policiales No tenía seguro
 EsSalud Privado Otro: _____
 27. Pertenecía a algún programa social: Pensión 65 Vaso de leche Otro: _____
 28. Vacunas
 Influenza: Fecha de última dosis: ____/____/____ COVID-19: Fecha de última dosis: ____/____/____
 Neumococo: Fecha de última dosis: ____/____/____

V.- Atención hospitalaria (Solo si llego a estar internado en el hospital):

29. Fecha de ingreso a emergencia: ____/____/____ Hora: _____ 31. Diagnósticos de ingreso: _____
 30. Fecha de ingreso a hospitalización: ____/____/____ Hora: _____

VI.- Diagnósticos finales (según Certificado de Defunción o investigación de caso)

32. Causa terminal: _____
 33. Causa intermedia: _____
 34. Causa básica: _____

VII. Investigador

35. Persona que llena la ficha: _____
 36. Firma y sello: _____

(*) Funcionalidad.- Es la capacidad de la PAM de mantener su estado físico y mental que le permitan desarrollar independientemente las actividades básicas para su vida diaria.
Independiente. - es el adulto mayor con capacidad alta y estable para realizar sus actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, alimentarse, contener esfénteres, deambulaci3n, v actividades fuera del domicilio)
Dependiente Parcial. - es el adulto mayor con deterioro de la capacidad funcional, limitaci3n para alguna de las actividades básicas de la vida diaria
Dependiente Total. - es el adulto mayor con p3rdida considerable de su capacidad funcional que necesita ayuda total para realizar las actividades básicas de la vida diaria.



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD MANO, PIE, BOCA (EMPB)

✓ **Definición de caso probable:** todo menor que presente fiebre, malestar general odinofagia, y al examen físico presencia de úlceras en la mucosa oral, así como la presencia de lesiones vesiculares en palmas y plantas.

✓ **Definición de caso confirmado:** En los casos presentados, la confirmación se realiza mediante diagnóstico clínico, sin embargo, se podrá realizar la toma de muestra de heces para la identificación de enterovirus y su posterior tipificación a fin de definir el agente causal del brote.

Fecha de Investigación	Fecha de notificación EE.SS a Red/Microred	Fecha de notificación Red/Microred a Dirección de Salud	Fecha de notificación del brote Dirección de Salud al SIEpi brotes del CDC
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

1. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____ 2. SE:

3. EESS: _____ 4. Inst. Adm: MINSA EsSalud

5. Lugar Institucional Comunidad FFAA/Sanidad Privado

II. DATOS DEL PACIENTE

6. Apellidos y nombres: _____ 7. N° Celular: _____

8. Fecha de nacimiento: ___/___/___ 9. Edad: _____ Año Mes Día

10. Sexo: Masculino Femenino 11. N° DNI/CE/Pasaporte: _____

12. Domicilio actual: _____ 13. Nacionalidad: _____

14. Departamento: _____ 15. Distrito: _____

16. Provincia: _____ 17. Localidad: _____

III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN

18. Dirección: _____

19. Departamento: _____ 20. Distrito: _____

21. Provincia: _____ 22. Localidad: _____

¿En los últimos 10 días estuvo en contacto con otro caso de EMPB? (Si) (No) (Ignorado)

Donde	Nombre del lugar	Dirección
<input type="checkbox"/> Casa		
<input type="checkbox"/> Nido/guardería		
<input type="checkbox"/> Instituciones educativas*		
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)		

* Inicial, primaria o secundaria

23 Casos similares en casa Sí No 24. Número de casos: _____

IV. CUADRO CLÍNICO:

25. Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___ 26. Tipo de lesión dérmica: mácula() pápula() vesícula() costra()

27. Fecha de inicio de fiebre: ___/___/___ 28. Temperatura: ___°C

29. Signos / síntomas

Malestar general Lesiones maculopapulares/vesiculares palmas Odinofagia

Úlceras orales Lesiones maculopapulares/vesiculares plantas Otros: _____

VI. LABORATORIO (El diagnóstico es CLÍNICO).

Sólo en situaciones de brote en poblaciones cerradas se sugiere tomar muestra de heces al 10% de los casos.

Tipo de muestra	Fecha de obtención de muestra	Fecha envío EE.SS, Red/Microred	Fecha envío Red/Microred a LRR	Fecha emisión resultado LRR	Resultado
Heces	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	

VII. OBSERVACIONES

VII. INVESTIGADOR

28. Persona que investiga el caso: _____ 29. Cargo: _____

30. Teléfono: _____

Firma y Sello

Agrandar el título

~~ANEXOS~~

FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)

I.- DATOS DEL PACIENTE

- 1.1. Historia Clínica/DNI/Autogenerado: _____
- 1.2. Apellidos y Nombres: _____
- 1.3. Sexo: _____
- 1.4. Fecha de Nacimiento: _____
- 1.5. Edad: _____ 1.6. Peso (Neonato): _____
- 1.7. Servicio: _____
- 1.8. Sala: _____
- 1.9. Fecha de ingreso a la IPRESS: _____
- 1.10. Fecha de ingreso al servicio: _____
- 1.11. Fecha de egreso al servicio: _____
- 1.12. Condición de egreso: _____

1.13.

Diagnóstico Médico de Ingreso	CIE.10

II.- DATOS DE LA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN EN SALUD

- 2.1. Tipo de IAAS: _____
- 2.2. Fecha de IAAS: _____
- 2.3. Criterio de definición de caso: _____
- 2.4. ITS secundaria al IAAS: _____

III.- FACTOR DE RIESGO ASOCIADO

- 2.1. Dispositivo médico: _____
- 2.2. Fecha de instalación: _____
- 2.3. Procedimiento médico: _____
- 2.4. Fecha de retiro: _____
- 2.5. Fecha de procedimiento: _____
- 3.6. Nombre de cirugía: _____
- 3.7. Tipo de cirugía: _____
- 3.8. Fecha de cirugía: _____
- 3.8. Duración de cirugía (min): _____
- 3.9. Clase de herida: _____
- 3.10. Clase de ASA: _____
- 3.11. Implante: _____
- 3.12. Índice de riesgo - ISQ: _____

IV.- AGENTE AISLADO PARA LAS IAAS

- 4.1. Tipo de cultivo: _____
- 4.2. Fecha de extracción de la muestra: _____
- 4.3. Microorganismo 1: _____

Antimicrobianos	Perfil de Sensibilidad		
	Sensible	Intermedio	Resistente
Cefazidima			
Cefepime			
Ceftriaxona			
Ciprofloxacina			
Meropenem			
Ampicilina/Sulbactam			
Cefotaxima			
Aztreonam			
Cefuroxima			
Ticarcilina/Acido Clavulanico			
Imipenem			
Piperacilina/Tazobactam			
Cefepime			
Gentamicina			
Amikacina			
Sulfaperazona/Sulfametoxazol			
Acido Nalixidico			
Norfloxacino			
Oxacilina			
Vancomicina			
Eritromicina			
Linezolid			
Producción de BLEE			
Otro mecanismo de resistencia, especificar _____			

Anexo

Infecciones Asociadas a la Atención
CASOS DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA
de la Salud (IAAS)

Servicio: _____
Historia Clínica: _____

N° DE CAMA	NOMBRES Y APELLIDOS	PESO AL INGRESO	DIAGNOSTICO AL INGRESO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE FALLECIMIENTO
TIPO DE PARTO		OTROS FACTORES DE RIESGO AL INGRESO			

EVIDENCIAS

CRITERIO 1	FECHA DE INGRESO	
	DIAS DE ESTANCIA	
	¿CUMPLE CRITERIO 1?	

CRITERIO 2	FACTOR DE RIESGO	PERIODO DE EXPOSICION
	¿CUMPLE CRITERIO 2?	

CRITERIO 3	HALLAZGOS CLINICOS	CLINICA	FECHA
	HALLAZGOS DE LABORATORIO		
¿CUMPLE CRITERIO 3?			

~~CONCLUSION:~~
Observaciones

Conclusion

Revisar



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección General
de Epidemiología

FIEBRE AMARILLA

FICHA DE INVESTIGACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA



Caso probable: Todo caso que inicia cuadro clínico, con fiebre de inicio agudo, seguido por ictericia dentro de las dos semanas de iniciado los primeros síntomas. Puede presentar manifestaciones hemorrágicas o signos de insuficiencia renal; procedente o residente de zona endémica de fiebre amarilla.

COGIGO	Fecha conocimiento local	Fecha investigación	Fecha conocimiento DISA	Fecha conocimiento nacional
--------	--------------------------	---------------------	-------------------------	-----------------------------

I. DATOS GENERALES

DIRESA _____
 Nombre del EE.SS. _____
 RED _____
 Fecha de notificación: ____/____/____
 Tipo: Hospital [] C.S. [] P.S. []
 Minsa [] EsSalud [] PNP [] FAA []
 Priv. [] OTRO [] _____
 Notificación: pasiva Activa

II. DATOS DEL PACIENTE

Nombres : _____ Apellidos: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M [] F [] DNI: _____
 Ocupación: _____ Teléfono : _____ Estado civil: _____

DATOS DEL DOMICILIO

DEPARTAMENTO _____	NOMBRE DE ZONA/ Vía _____
PROVINCIA _____	INT/DEP/LOTE _____
DISTRITO _____	Número /Km./Mz. _____

Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, contratante, etc)

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

Tiempo que reside en zona de selva años meses

Si reside menos de 6 meses

DEPARTAMENTO _____	NOMBRE DE ZONA _____
PROVINCIA _____	N° Lote _____
DISTRITO _____	Número /Km./Mz. _____
TIPO DE ZONA _____	

Listado de localidades que el paciente visitó en los últimos 10 días

Localidad _____ del _____ al _____
 Localidad _____ del _____ al _____

Hubo casos reportados / notificados en los últimos 10 días

A.- En los lugares visitados por el paciente SI NO IGN C.- En su casa SI NO IGN
 B.- En su comunidad SI NO IGN Cuantas personas viven en su casa ____
 D.- Epizootias SI NO

Viajó los últimos 6 meses? SI NO

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____
 Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____
 Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

IV. CUADRO CLINICO

Síntomas y signos	SI	NO	IGN	FECHA	Síntomas y signos	SI	NO	IGN	FECHA
Fiebre	[]	[]	[]	____/____/____	Hipertensión	[]	[]	[]	____/____/____
Ictericia	[]	[]	[]	____/____/____	Oliguria	[]	[]	[]	____/____/____
Pulso lento en relación a la fiebre	[]	[]	[]	____/____/____	Proteinuria	[]	[]	[]	____/____/____
Hemorragia nasal	[]	[]	[]	____/____/____	Coluria	[]	[]	[]	____/____/____
Melena / Hematemesis	[]	[]	[]	____/____/____	Hepatomegalia	[]	[]	[]	____/____/____
Petequias	[]	[]	[]	____/____/____					
Diarreas	[]	[]	[]	____/____/____					

HOSPITALIZACIÓN
 SI NO FECHA ____ / ____ / ____ Hospital _____ H.C. _____
 Tiempo de Enfermedad al momento de hospitalización _____ (en días)
 Tiempo en ser trasladado al hospital desde su domicilio _____ Horas
 Diagnóstico de Ingreso: 1 _____ 2 _____

Evolución:
Condición de Egreso **Alta / Recuperado** **Fallecido**
 Dx _____ Necropsia SI NO
 Fecha ____ / ____ / ____ Dx macroscópico _____
 Dx microscópico _____
 Fecha ____ / ____ / ____

V. ANTECEDENTE DE VACUNA ANTIAMARILICA (Documentado con carné / HIS MINSA)
 Vacunado SI NO IGN ¿En qué establecimientos de salud fue vacunado _
 N° dosis recibidas _____ Fecha (última dosis) ____ / ____ / ____

VI. LABORATORIO [Para ser llenado por el laboratorio]
 Laboratorio que recepciona _____ Fecha ____ / ____ / ____
 Tipo de muestra Adecuada Inadecuada
 Si no es adecuada, especificar: _____

VII. MUESTRA	FECHA DE TOMA	FECHA DE ENVÍO	PRUEBA REALIZADA	RESULTADOS
Biopsia	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
Serología	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
Hígado	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
Cultivos	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		

VIII. CLASIFICACION FINAL Fecha ____ / ____ / ____
 Fiebre Amarilla: CONFIRMADO POR: **A LABORATORIO** SI NO
 DESCARTADO **B ANATOMÍA PATOLÓGICA** SI NO
C CLÍNICA SI NO
 Dx de Descarte _____

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE _____
 Cargo _____ Firma _____

Dirección General de Epidemiología - MINSA
 Correo: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01-6314500
 Daniel Olaechea 199 Jesús María Lima 11

INFOSALUD 0800-10828

004

Bartonellosis (Bartonellosis)

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD DE CARRIÓN

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

1. Fecha de notificación: 2. Fecha de investigación: 3. Fecha de atención: 4. GERESA/DRESADIRIS: 5. Red/Micro Red: 6. EEES: 7. Institución de salud: MNSA EsSalud Sanidad PNP Sanidad FA Privados Otro

II. DATOS DEL PACIENTE

8. H. Clínica N°: 9. Teléfono/Celular del paciente: 10. Fecha de nacimiento: 11. Apellido Paterno: 12. DNI/Passaporte: 13. Edad (años): 14. Género: F M 15. Ocupación: 16. Etnia: Mestizo Afro descendiente Indígena amazónico Andino Descendiente asiático Otro: 17. Gestante: SI NO Edad gestacional: N° semanas: 18. Domicilio: 19. Dirección de residencia actual: 20. Tipo de vía: Alameda Avenida Calle Jirón Pasaje 21. Agrupamiento Humano: Asociación Urbanización Otros 22. Manzana: 23. Block: 24. Htarior: 25. Km 26. Lote: 27. Número de puerta:

Pueblo indígena *Ver detalle del link: https://bdpc.cultura.gob.pe/pueblos-

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

28. Lugar donde permaneció los últimos 14 días: 29. Autóctono: Importado Nacional: Extranjero: Andino rural: Selva rural: 30. ¿Hay presencia del mosquito "Litira" o "manta blanca"? SI NO 31. ¿Ha tenido antes la E. Carrión? SI NO 32. ¿Otras personas en su localidad, enfermaron de E. Carrión? SI NO 33. ¿Otras personas en su domicilio, enfermaron de E. Carrión? SI NO 34. ¿Han realizado rociamiento en su vivienda? SI NO 35. ¿Recibió antibiótico? SI NO Fecha: Nombre del antibiótico: 36. Material vivienda (especificar): Adobe Entucido Otros especificar:

IV. CUADRO CLÍNICO

37. Enfermedad de Carrión Aguda (ECA): Signos y síntomas: Asintomático: Sintomático: Fecha de inicio de síntomas: Sensación de fiebre: °C Antecedente de fiebre: SI NO Cefalea Migraña (dolor muscular) Artralgia (dolor de articulaciones) Palidez (poco frecuente y tardío) Anemia (poco frecuente y tardío) 38. Enfermedad de Carrión Aguda Grave (ECAG): Anomía severa Pericarditis Anasarca Insuficiencia cardíaca Distensión abdominal Hemorragia digestiva Púrpura coagulopática Deterioro clínico a peso 39. Enfermedad de Carrión Erupitiva (ECE): Forma miliar Forma mular Forma nodular 40. Sospecha de otra Bartonella: Inflamación de ganglios 41. Coinfección: Leptospirosis Rickettsiosis

V. HOSPITALIZACIÓN

42. Hospitalizado: SI NO 43. Fecha de hospitalización: 44. N° Historia clínica: 45. Nombre del Hospital o EEES: 46. Tipo de seguro: 47. Referido: SI NO 48. Referencia de origen: Fecha de referencia:

VI. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO PARA ENFERMEDAD DE CARRIÓN (Indicar positividad o reactividad)

Table with 10 columns: Fecha de toma, Fecha de resultado, Frotis sanguíneo, ELISA IgM, ELISA IgG, FI IgM, FI IgG, Cultivo, PCR, RT-PCR

VII. DEFUNCIÓN POR ENFERMEDAD DE CARRIÓN

50. Fecha de fallecimiento: 51. Lugar de fallecimiento: Nombre del establecimiento de salud Vivienda: Otros: 52. Criterio de la defunción: Diagnóstico laboratorio Clínico: Investigación epidemiológica: 53. El EEES tiene comité de expertos: SI NO 54. El comité de expertos participo en la clasificación del fallecimiento: SI NO

VIII. CLASIFICACIÓN DEL CASO DE ENFERMEDAD DE CARRIÓN

55. Clasificación: Enfermedad de Carrión Aguda Enfermedad de Carrión Aguda Grave Enfermedad de Carrión Erupitiva Confirmado Probable Descartado

56. Datos del Investigador

Nombre personal de salud: Celular: Cargo: Fecha: Firma:



Ficha de investigación clínico - epidemiológica y laboratorial de casos de Neumonía Bacteriana

en niños menores de 5 años



I. DATOS GENERALES DE LA IPRESS NOTIFICANTE

1. Hospital: _____ 2. Código RENIPRESS: _____ 3. GERES/ADRES/DIRIS: _____ 4. Fecha de llenado de datos: ____/____/____

II. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

5. Nombres y Apellidos: _____ 6. DNI: _____
7. Historia clínica N° _____ 8. Servicio: _____ 9. Fecha de nacimiento: ____/____/____
10. Edad: _____ Años () Meses () Dias () 11. Sexo: F () M () 12. Nacionalidad: _____
13. Dirección: _____
Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
Tipo de vía: _____ Nombre de la vía: _____
Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____
Manzana: _____ Block: _____ Interior: _____ Kilometro: _____ Lote: _____
Referencia: _____

III. DATOS CLINICOS

14. Nombres y Apellidos del padre o madre: _____ 15. Celular: _____
16. Fecha de inicio de la enfermedad: ____/____/____ 17. Fecha de admisión: ____/____/____
18. Diagnóstico de ingreso: _____ FC: _____ SATURACION: _____

19. Uso de antibióticos (ATB) en las últimas 72 horas: Si No Desconocido
20. ¿Se hizo Rx de Tórax? Si No Desconocido Especificar ATB: _____
21. Fecha de la radiografía: ____/____/____ FC _____ Saturación _____
22. Resultado: _____
Normal Mixto Otra
Compatible con neumonía bacteriana Inconclusivo Describir otros: _____
Compatible con neumonía viral Desconocido
23. Patrón de la radiografía: _____
Alveolar/Consolidación Broncograma aéreo Infiltrado intersticial Describir otros: _____
Atelectasia Derrame pleural Otros

IV. ANTECEDENTES DE VACUNACION

24. ¿Frotesó camé de vacunación? Si No 25. ¿Información verbal? Si No
26. Vacuna contra: _____
Hib (pentavalente) Si () No () Desconocido ()
N° de dosis: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____
Neumococo (PVC) Si ()
PCV10 PCV13 Otra
N° de dosis: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____
No () Desconocido ()
Meningococo Si ()
ACWY Conjugada ACWY Polisacáridos B Recombinante C Conjugada Otra
Desconocido () No ()
N° de dosis: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____

V. LABORATORIO

27. Obtención de muestra	Hemocultivo 1 <input type="checkbox"/>	Fecha de obtención	_____	Hora	_____		
	Hemocultivo 2 <input type="checkbox"/>	Fecha de obtención	_____	Hora	_____		
	Líquido pleural <input type="checkbox"/>	Fecha de obtención	_____	Hora	_____		
28. Resultados	Cultivo Líquido Pleural	Fecha	_____	Spn ()	Hi ()	Negativo ()	Otra bacteria: _____
	Gram Líquido Pleural	Fecha	_____	Serotipo/serogrupo	_____	Negativo ()	Otra bacteria: _____
	PCR Líquido Pleural	Fecha	_____	Spn ()	Hi ()	Negativo ()	Otra bacteria: _____
	Hemocultivo 1	Fecha	_____	Serotipo/serogrupo	_____	Negativo ()	Otra bacteria: _____
	Hemocultivo 2	Fecha	_____	Spn ()	Hi ()	Negativo ()	Otra bacteria: _____
	Gram de Hemocultivo	Fecha	_____	Serotipo/serogrupo	_____	Negativo ()	Otra bacteria: _____
	PCR de Hemocultivo	Fecha	_____	Spn ()	Hi ()	Negativo ()	Otra bacteria: _____

29. Susceptibilidad antimicrobiana (KIRBY BAUER):
Antibiótico _____ Halo en mm _____ Interpretación _____
Ampicilina 10µg _____
Cloranfenicol 30µg _____
Oxacilina 1µg _____
Cotrimoxazol 25µg _____
Rifampicina 5 µg _____
Eritromicina 15 µg _____
Vancomicina 30 µg _____
Ceftriaxona 30 µg _____

30. Fecha envío cepa al INS (aislamiento): ____/____/____ 31. Fecha de confirmación por INS: ____/____/____
Hib Spn
Hi (10b) Otra bacteria: _____ Negativo

VI. EVOLUCION DEL PACIENTE

32. Condición de egreso: Vivo sin secuelas () Vivo con secuelas () Alta voluntaria () Referido () Fallecido ()
33. Diagnóstico de egreso: Neumonía Bacteriana Sepsis Otra Meningitis Otro Especificar otro: _____
Meningitis Bacteriana Otra Neumonía Desconocido
34. Fecha de alta: ____/____/____
35. Clasificación del caso: Confirmado Hi () Confirmado Spn () Confirmado otra () Probable () Inadecuadamente investigado () Descartado ()

VII. OBSERVACIONES

VIII. INVESTIGADOR DEL CASO

36. Nombre, sello y firma de la persona que llena la ficha: _____

filedo mas grande

Ficha de investigación clínico - epidemiológica y laboratorial de casos de meningitis bacteriana en niños menores de 5 años

I. ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE
 1. Hospital: _____
 2. Código RENIPRESS: _____ 3. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____ 4. Fecha de llenado de datos: ____/____/____

II. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
 5. Nombres y apellidos: _____
 6. DNI: _____
 7. Historia clínica N° _____ 8. Servicio _____ 9. Fecha de nacimiento: ____/____/____
 10. Edad: ____ Años () Meses () Días () 11. Sexo: F () M () 12. Nacionalidad: _____
 13. Dirección: _____
 Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
 Tipo de vía: _____ Nombre de la vía: _____
 Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____
 Manzana: _____ Block: _____ Interior: _____ Kilometro: _____ Lota: _____
 Referencia: _____
 14. Nombres y apellidos del padre o madre: _____ 15. Celular: _____

III. DATOS CLÍNICOS
 16. Fecha de inicio de la enfermedad: ____/____/____ 17. Fecha de admisión: ____/____/____
 18. Diagnóstico de ingreso: _____

19. Uso de antibióticos (ATB) en las últimas 72 horas: SI No Desconocido Especificar ATB: _____
 20. Signos/síntomas:
 Fiebre Dolor de cabeza intenso Fotosensibilidad
 Náuseas Rigidez en el cuello Incapaz de beber/amantar o succión débil
 Vómitos Erupción petequial/purpúrica Otros
 Conciencia alterada Abombamiento de la fontanela Especificar otros: _____
 Convulsiones Posturación letárgica

IV. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN
 21. ¿Presentó camé de vacunación? SI No 22. ¿Información verbal? SI No
 23. Vacuna contra:
 Hib (pentavalente) SI () No () Desconocido () N° de dosis: ____ Fecha de última dosis: ____/____/____
 Neumococo (PVC) SI () No () Desconocido ()
 PCV10 PCV13 Otra
 N° de dosis: ____ Fecha de última dosis: ____/____/____
 Meningococo SI () No () Desconocido ()
 ACWY conjugada ACWY polisacáridos B recombinante C conjugada Otra
 N° de dosis: ____ Fecha de última dosis: ____/____/____

V. LABORATORIO
 24. Obtención de muestra:
 Hemocultivo 1 Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____
 Hemocultivo 2 Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____
 LCR Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____
 25. Resultados:
 Citoquímico LCR
 Fecha: ____/____/____
 Apariencia: _____ PMN: _____
 Glucosa (g/dL): _____ Mononucleares: _____
 Leucocitos (n/mL): _____
 Proteínas (g/dL): _____
 Hematíes: _____
 Gram LCR
 Fecha: ____/____/____
 Gram hemocultivo
 Fecha: ____/____/____
 Prueba rápida LCR
 Binax () Fecha: ____/____/____ Positiva Spn Negativa No realizada
 Látex () Fecha: ____/____/____ Positiva Spn Positiva Hib Positiva Nm No realizada
 Cultivo LCR
 Fecha: ____/____/____ Spn () HI () Nm () Negativo () Otra bacteria: _____
 Serotipo/serogrupo _____
 Hemocultivo 1
 Fecha: ____/____/____ Spn () HI () Nm () Negativo () Otra bacteria: _____
 Serotipo/serogrupo _____
 Hemocultivo 2
 Fecha: ____/____/____ Spn () HI () Nm () Negativo () Otra bacteria: _____
 Serotipo/serogrupo _____
 PCR de LCR
 Fecha: ____/____/____ Spn () HI () Nm () Negativo () Otra bacteria: _____
 Serotipo/serogrupo _____ Otro agente etiológico: _____

26. Susceptibilidad antimicrobiana (KIRBY BAUER):
 Antibiótico Halo en mm Interpretación
 Ampicilina 10µg S I R
 Cloranfenicol 30µg S I R
 Oxacilina 1µg SDP R
 Cotrimoxazol 25µg S I R
 Rifampicina 5µg S I R
 Eritromicina 15µg S I R
 Vancomicina 30µg SDP R
 Ceftriaxona 30µg S I R
 27. Fecha envío capa al INS (aislamiento): ____/____/____ 28. Fecha de confirmación por INS: ____/____/____
 Hib Spn Negativo
 HI (rob) Otra bacteria: _____

VI. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE
 29. Condición de egreso: Vivo sin secuelas () Vivo con secuelas () Fallecido () Referido () Alta voluntaria ()
 30. Diagnóstico de egreso:
 Meningitis bacteriana Sepsis Desconocido
 Meningitis viral Otra meningitis Otro Especificar otro: _____
 31. Fecha de alta: ____/____/____
 32. Clasificación final del caso:
 Confirmado Hi Confirmado Nm Probable Inadecuadamente Investigado
 Confirmado Spn Sepsis Descartado Confirmado otro agente etiológico

VII. OBSERVACIONES

VIII. INVESTIGADOR DEL CASO
 33. Nombre y apellidos, sello y firma de la persona que llena la ficha:

ANEXO 2**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA ADQUISICIÓN DE FORMATOS PARA EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO**

Órgano y/o Unidad Orgánica:	Servicio de Nefrología
Actividad del POI:	
Denominación de la Contratación:	Adquisición de formatos para el servicio de nefrología del Hospital Regional Cusco

I. FINALIDAD PÚBLICA

El presente proceso busca la adquisición de formatos e insumos de escritorios necesarios para garantizar el adecuado registro control y continuidad de la atención de enfermería y parte medica del servicio de nefrología del hospital regional cusco

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

Adquisición de formatos e insumos de escritorio para el servicio de nefrología del hospital regional cusco

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
1	Formato Seguimiento de Sesión de Hemodiálisis (impresión en ambas caras en papel bond A4)	6 MILLARES
2	Hoja de farmacoterapia. (impresión simple en papel bond A4)	750 UNIDADES
3	Hoja de procedimientos nefrología intervencionista. (impresión simple en papel bond A4)	1/2 MILLAR
4	Historia clínica inicial nefrológica 1 parte (impresión en ambas caras en papel bond A4)	1 MILLAR
5	Historia clínica inicial nefrológica 2 parte (impresión en ambas caras en papel bond A4)	1 MILLAR
6	Formato de supervisión de uso final de dispositivos médicos-filtro de hemodiálisis/ set de línea arteriovenosa. (impresión en ambas caras en papel bond A4)	2 MILLARES
7	Ficha de referencia de sesión de hemodiálisis de enfermería (impresión en ambas caras en papel bond A4)	2 MILLARES
8	Formato de consentimiento informado en nefrología (impresión simple en papel bond A4)	1 MILLAR
9	Registro de complicaciones en hemodiálisis (impresión en ambas caras simple en papel bond A4)	1/2 MILLAR
10	Formato de consulta médica nefrológica (impresión simple en papel bond A4)	1 MILLAR

Nota: Se adjunta los formatos requeridos.

IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS (De corresponder)

No aplica

V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN

No aplica

VII. MUESTRAS

No aplica

IX. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (De corresponder)

- Contar con RUC activo y habido.
- Deberá dedicarse al rubro del servicio solicitado.
- No tener impedimento de contratar con el estado conforme al Art.30 de la ley de contrataciones de estado N°32069.

X. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA

Lugar: Los bienes serán entregados en Almacén Central del Hospital Regional Cusco, ubicado en la Av. La Cultura S/N del distrito, provincia y departamento de Cusco, en el horario de 7:30 am a 3:00 pm.

Plazo: Los bienes materia de la presente convocatoria se entregan en el plazo de 5 DÍAS CALENDARIO NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA.

XI. CONFORMIDAD

La conformidad de los bienes, será otorgada por el área usuaria (Servicio de nefrología) para lo cual el proveedor deberá cumplir con las especificaciones técnicas requeridas, la recepción del bien por el jefe de Almacén Central del Hospital Regional Cusco.

XII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en PAGO ÚNICO

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción del Almacén Central de la Entidad.
- Conformidad otorgada por el área usuaria.
- Comprobante de pago.

La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.

XIII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del bien ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

XIV. PENALIDADES

Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo en días}}$$

Donde F = 0.40.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XV. OTRAS PENALIDADES

No aplica

XVI. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL

El Hospital Regional Cusco puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- a) Por acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- b) Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.
- c) Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible al contratista.
- d) Hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, de supuesto distinto al caso fortuito o fuerza mayor, no imputable a ninguna de las partes, que imposibilite la continuación del contrato.
- e) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.
- f) Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución contractual.

XVII. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO

A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, el Contratista declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o cualquier servidor de Hospital Regional Cusco.

Asimismo, el Contratista se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente. Aunado a ello, el Contratista se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.

En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados. Adicionalmente, el Contratista se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con el Hospital Regional Cusco.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acápite, durante la ejecución contractual, otorga a Hospital Regional Cusco el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

XVIII. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIA

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación, son resueltos mediante trato directo y conciliación.

XIX. GESTIÓN DE RIESGOS

Las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente documento, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.



Lic. *[Firma]* **Abner Quispe**
ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
CEP. 066254 - RNE. 024899



HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO SEGUIMIENTO SESIÓN DE HEMODIALISIS

Hospitalizado
Ambulatorio



Paciente _____ Edad _____ Fecha _____

C.U.S. _____ P.F. _____ HCL _____

N° de HD _____ Frecuencia HD _____ Servicio _____ Turno _____

I.-PARTE MEDICO EVALUACION MEDICA

Evaluación Medica Inicial	Prescripción	Evaluación Intradialisis
Hora Evaluación Inicial: _____	Hrs. _____	
	UF _____	
	HEPARINA _____	
	(Na Inicial) _____	Evaluación de Alta
	(Na Final) _____	
	Perfil _____	
	Qb _____	
	Qd _____	

Peso Seco _____ CMP _____

Observación _____

Firma y Sello Médico

II.-PARTE DE ENFERMERIA

P.A. Inicial _____ N° de Máq _____ Peso Inicial _____ Peso Final _____

P.A. Final _____ Marca/Mod _____ Peso diferencia _____ UF _____

ACCESO VASCULAR: F.A.V. _____ INJ _____ VP _____ CVCT _____ CVCP _____

CANULACIÓN: DOS BRAZOS _____ UN BRAZO _____ RECANULACIÓN _____ DISTANCIA _____ cm

OBSERVACIONES: _____

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO:

HR	P.A.	P	Qb	CND	RA	RV	PTM	OBSERVACIONES

OBSERVACION FINAL: _____

ASPECTO DEL FILTROL:

Medicamento	Cantidad	Via Adm	Medicamento	Cantidad	Via Adm	Medicamento	Cantidad	Via Adm
VHB12			P.G.			Plasma		
Hierro			Albúmina			Poligelina		
EPO			Calcitriol			Supl. Nutricional / Renal		

Enf. INICIA HD
Sello - Firma - C.E.P.

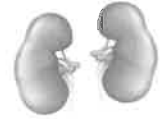
Enf. FINALIZA HD
Sello - Firma - C.E.P.

Firma de PACIENTE
Nombre _____



HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO

SEGUIMIENTO SESIÓN DE HEMODIALISIS



Paciente _____ Edad _____ Fecha _____

C.U.S. _____ P.F. _____ HCL _____

N° de HD _____ Frecuencia HD _____ Servicio _____ Turno _____

I.-PARTE MEDICO

EVALUACION MEDICA

Evaluación Medica Inicial	Prescripción	Evaluación Intradialisis
Hora Evaluación Inicial: _____	Hrs. _____	
	UF _____	
	HEPARINA _____	
	(Na Inicial) _____	Evaluación de Alta
	(Na Final) _____	
	Perfil _____	
	Qb _____	
	Qd _____	

Peso Seco _____ CMP _____

Observación _____

Firma y Sello Médico

II.-PARTE DE ENFERMERIA

P.A. Inicial _____ N° de Máq _____ Peso Inicial _____ Peso Final _____

P.A. Final _____ Marca/Mod _____ Peso diferencia _____ UF _____

ACCESO VASCULAR: F.A.V. _____ INJ _____ VP _____ CVCT _____ CVCP _____

CANULACIÓN: DOS BRAZOS _____ UN BRAZO _____ RECANULACIÓN _____ DISTANCIA _____ cm

OBSERVACIONES: _____

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO:

HR	P.A.	P	Qb	CND	RA	RV	PTM	OBSERVACIONES

OBSERVACION FINAL: _____

ASPECTO DEL FILTROL:

Medicamento	Cantidad	Via Adm	Medicamento	Cantidad	Via Adm	Medicamento	Cantidad	Via Adm
VHB12			P.G.			Plasma		
Hierro			Albúmina			Poligelina		
EPO			Calcitriol			Supl. Nutricional / Renal		

Enf. INICIA HD
Sello - Firma - C.E.P.

Enf. FINALIZA HD
Sello - Firma - C.E.P.

Firma de PACIENTE
Nombre _____



HOJA DE FARMACOTERAPIA



VB° OF. SIS.

ALERGIAS

FPA

NOMBRE _____ PESO: _____ Kg.

COD. SIS/CUS: _____ F. NACIMIENTO: _____ EDAD _____

AHCL _____
PREFACTURA _____

SERVICIO NEFROLOGIA N° DE CAMA _____

DIAGNOSTICO E.R.S.

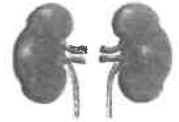
FECHA DE INGRESO _____
FECHA DE EGRESO _____
CODIGO DE PRESTACIÓN _____

RCBO. FAR - SIS _____ / _____ / _____

NOMBRE	CONCENTRACION	UNIDAD	DOSIS CANT. A APLICAR mg/ml/mEq	VIA DE USO	TOTAL
SET DE LINEAS ARTERIAL Y VENOSA		UND			
FILTRO PARA HEMODIALISIS		UND			
CARTUCHO BICARBONATADO	NIPRO	GAL			
CARTUCHO BICARBONATADO	ERESENIUS	GAL			
SOLUCION ACIDA	NIPRO	GAL			
SOLUCION ACIDA	ERESENIUS	GAL			
EQUIPO DE VENOLISIS		UND			
CLORURO DE SODIO	9% X 1000ml	FCO			
CLORURO DE SODIO	9% X 100 ml	FCO			
HEPARINA	25000 UI	FCO			
AGUJAS DE FISTULA	N° 16	UND			
JERINGA	20 CC	UND			
JERINGA	10 CC	UND			
JERINGA	5 CC	UND			
JERINGA	3CC	UND			
JERINGA	1 CC	UND			
GASAS ESTERILES	10X10	SOB			
GASAS ESTERILES	7.5 X 7.5.	SOB			
GUANTES QUIRURGICOS	6.5/7/7.5	PAR			
APOSITO TEGADERM	10 X 12	UNI			
HIDROXICOBALAMINA	1 mg	AMP			
HIERRO SACARATO	100mg	AMP			
ERITROPOYETINA	2000 UI	AMP			
CALCITRIOL X 1ml.	1 mg	AMP			
BICARBONATO DE SODIO 8.4%		AMP			
DEXTROSA 33.3%		AMP			
METAMIZOL 2 ml	1 gr.	AMP			
DICLOFENACO SODICO 3ml	7 mg	AMP			
DESAMETAZONA 2 ml	4 m	AMP			
TRAMADOL	50 mg.	AMP			
PARITIBINA	50 mg.	AMP			
CLORFENAMINA	4 mg	AMP			
NIFEDIPINO	10 mg.	TAB			
CAPTOPRIL	25 mg.	TAB			
AGUJA N° 18		UNI			
AGUJA N° 21		UNI			
LLAVE DE TRIPLE VIA					
ERITROPOYETINA	4000 UI	AMP			
SUPLENTO NUTRIC. RENAL ADULT.					
HIERRO PROTEINSUCCINILAT.					



HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
NEFROLOGIA INTERVENCIONISTA



INSERCIÓN Y/O RETIRO DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA PERMANENCIA, CATETER VENOS CENTRAL TEMPORAL, BIOPSIA, PARACENTESIS, CAMBIO DE LINEA PROLONGADORA DE CATETER PERITONEAL, ETC.

MEDICO NEFROLOGICO: RNE.....

LICENCIADA EN ENFERMERIA RNE.....

TECNICO EN ENFERMERIA:

CLASE DE ANESTESIA:

FECHA: HORA DE INICIO HORA DE FINALIZACION:

1.- DIAGNOSTICO:		
		
		
2.- PROCEDIMIENTO:		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
3.- HALLAZGO:		
		
		
		
	MEDICO		LIC. ENFERMERIA
DATOS DEL PACIENTE			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	HCL



HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
UNIDAD DE HEMODIALISIS
HISTORIA CLINICA INICIAL



I. DATOS GENERALES:

1.1. DATOS DEL PACIENTE:

- Apellidos y Nombres: _____
- Dirección de domicilio: _____
- N° de Afiliación: _____ N° de DNI: _____
- Departamento: _____ Provincia: _____
- Distrito: _____ Telefono: _____
- IPRESS publica de procedencia: _____

1.2. DIRECCIONES DE EMERGENCIA:

- Apellidos y Nombres: _____
- Relación con el paciente: _____
- Dirección: _____
- Departamento: _____ Provincia: _____
- Distrito: _____ Telefono: _____

II. EVALUACIÓN MÉDICA

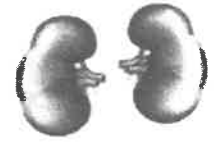
2.1. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- Enfermedad o condición clínica que produjo la insuficiencia renal: _____

- Fecha de primera hemodialisis: _____
- Comorbilidades: _____
- Grupo de sangre: _____
- Intervenciones quirúrgicas: _____
- Numero de transfusiones: _____
- Diuresis residual en 24 horas: _____
- Medicación que recibe: _____
- Alergia a medicamentos: _____
- Inmunización contra hepatitis B: _____
 - N° Dosis: _____
 - Fecha 1ra dosis: ___/___/___
 - Fecha 2da dosis: ___/___/___
 - Fecha 3ra dosis: ___/___/___
 - Otras: _____



HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
UNIDAD DE HEMODIALISIS
HISTORIA CLINICA INICIAL



- Otras terapias previas de reemplazo renal
 - Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria: Desde: __/__/__ Hasta: __/__/__
 - Trasplante renal: Desde: __/__/__ Hasta: __/__/__

2.2. OTROS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA:

- Medicos: _____
- Quirúrgicos: _____

2.3. Enfermedad Actual:

- Síntomas: _____

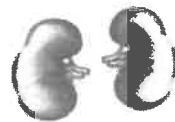
2.4. Examen Clínico:

- Funciones vitales: P/A: _____ F.C.: _____ F.R.: _____
- Peso: _____ Talla: _____
- Piel:
- Acceso Vascular:
 - N° de accesos vasculares previos:
 - Tiempo promedio de permanencia de los accesos vasculares:
 - Causa de cambio y/o perdida:
 - Responsable de la realización:
 - Fecha de realización de acceso vascular actual: __/__/__
 - Ubicación:
Radial Humeral Otros (especificar) _____
 - Tipo:
Fistula Catéter temporal
Injerto Catéter permanente
 - Thrill:
Bueno Regular
- **A. Cardiovascular:**
 - Corazón:
 - Pulsos Periféricos:
- Aparato respiratorio: _____
- Abdomen: _____
- Neurologico: _____



HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO

SERVICIO DE NEFROLOGIA
UNIDAD DE HEMODIALISIS
HISTORIA CLINICA INICIAL



- Osteomuscular:
- Estado Nutricional:
- Indice de Karnostski:

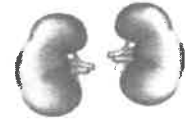
PUNTAJE	CONDICIÓN	DESCRIPCIÓN
100	Normal	Sin Evidencia de la Enf.
90	Normal I	Capaz de realizar actividad, signos y sintomas menores.
80	Normal II	Capaz de realizar actividad con esfuerzo, algunos signos y sintomas de enfermedad.
70	Débil I	Incapaz de realizar actividad o trabajo activo.
60	Débil II	Requiere ayuda ocasionalmente para sus necesidades personales.
50	Débil III	Requiere considerable ayuda y asistencia frecuente.
40	Minusválido	Requiere cuidados y asistencias especiales.
30	Minusválido Grave	Hospitalizado con riesgo de muerte inminente.
20	Muy Grave	Hospitalizado con tratamiento intensivo de soporte.
10	Moribundo	Evolucionando rápidamente a un desenlace fatal.
0	Muerto	

2.5. EVALUACIÓN BIOLÓGICA:

- Hematología:
 - Grupo Sanguíneo: _____ Fecha: __/__/__
 - Factor Rh: _____ Fecha: __/__/__
 - Hb/Hto: _____ Fecha: __/__/__
 - Tiempo de Hemodialisis: _____
 - Transfusiones previas: SI NO Numero: _____
- Bioquímica:
 - Glicemia: _____ Fecha: __/__/__
 - Depuración de creatinina endógena: _____ Fecha: __/__/__
 - Uremia: _____ Fecha: __/__/__
 - Creatinina: _____ Fecha: __/__/__
 - Acido Urico: _____ Fecha: __/__/__
 - Proteínas Totales: _____ Fecha: __/__/__
 - Albúmina: _____ Fecha: __/__/__
 - Calcio: _____ Fecha: __/__/__
 - Fosforo: _____ Fecha: __/__/__
 - TGO: _____ Fecha: __/__/__



HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
UNIDAD DE HEMODIALISIS
HISTORIA CLINICA INICIAL



- TGP: _____ Fecha: __/__/__
- Bilirrubina total: _____ Fecha: __/__/__
- Hierro Serico: _____ Fecha: __/__/__
- Saturación de transferrina: _____ Fecha: __/__/__
- Dosaje de parathormona: _____ Fecha: __/__/__

● Serología:

- Serológicas para Lues: Positivo Negativo Fecha: __/__/__
- Ag.S.HB: Positivo Negativo Fecha: __/__/__
- Anticore Hb: Positivo Negativo Fecha: __/__/__
- Ac. HC: Positivo Negativo Fecha: __/__/__
- VDRL: Positivo Negativo Fecha: __/__/__
- VIH: Positivo Negativo Fecha: __/__/__

Firma y Sello:

(Colegio prof.)



HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
UNIDAD DE HEMODIALISIS



TURNO:1°..... MES: AÑO :

N°	NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA	FILTRO DE UN SOLO USO		N° SERIE DEL FILTRO	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
			SI	NO			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

TURNO:2°..... MES: AÑO :

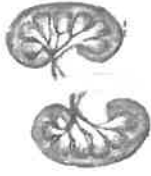
N°	NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA	FILTRO DE UN SOLO USO		N° SERIE DEL FILTRO	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
			SI	NO			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

TURNO:3°..... MES: AÑO :

N°	NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA	FILTRO DE UN SOLO USO		N° SERIE DEL FILTRO	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
			SI	NO			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							



HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
UNIDAD DE HEMODIALISIS



TURNO:1°..... MES: AÑO :

N°	NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA	FILTRO DE UN SOLO USO		N° SERIE DEL FILTRO	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
			SI	NO			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

TURNO:2°..... MES: AÑO :

N°	NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA	FILTRO DE UN SOLO USO		N° SERIE DEL FILTRO	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
			SI	NO			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

TURNO:3°..... MES: AÑO :

N°	NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA	FILTRO DE UN SOLO USO		N° SERIE DEL FILTRO	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
			SI	NO			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGÍA
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

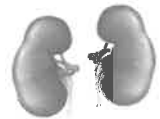


FICHA DE REFERENCIA DE SESIÓN DE HEMODIÁLISIS DE ENFERMERÍA

NOMBRES Y APELLIDOS		N° DE DIALISIS	FECHA	
EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE		PA INICIO:		
		PA SALIDA:		
ULTRAFILTRACIÓN EFECTIVA	HEPARINA: CONTINUA () TOTAL () RESTRINGIDA () SIN HEPARINA ()	Na INICIO:		
QB		Na SALIDA:		
MEDICACIÓN ADMINISTRADA INTRADIALISIS		TIEMPO DE SESION DE HEMODIÁLISIS:	INICIO HD	FINALIZACION DE HD
EVALUACIÓN FINAL DEL PACIENTE				
PROXIMA SESION DE HEMODIÁLISIS		FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLE DE LA ATENCION →		



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGÍA
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

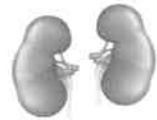


FICHA DE REFERENCIA DE SESIÓN DE HEMODIÁLISIS DE ENFERMERÍA

NOMBRES Y APELLIDOS		N° DE DIALISIS	FECHA	
EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE		PA INICIO:		
		PA SALIDA:		
ULTRAFILTRACIÓN EFECTIVA	HEPARINA: CONTINUA () TOTAL () RESTRINGIDA () SIN HEPARINA ()	Na INICIO:		
QB		Na SALIDA:		
MEDICACIÓN ADMINISTRADA INTRADIALISIS		TIEMPO DE SESION DE HEMODIÁLISIS:	INICIO HD	FINALIZACION DE HD
EVALUACIÓN FINAL DEL PACIENTE				
PROXIMA SESION DE HEMODIÁLISIS		FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLE DE LA ATENCION →		



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGÍA
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS



FICHA DE REFERENCIA DE SESIÓN DE HEMODIÁLISIS DE ENFERMERÍA

NOMBRES Y APELLIDOS		N° DE DIALISIS	FECHA	
EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE		PA INICIO:		
		PA SALIDA:		
ULTRAFILTRACIÓN EFECTIVA	HEPARINA: CONTINUA () TOTAL () RESTRINGIDA () SIN HEPARINA ()	Na INICIO:		
QB		Na SALIDA:		
MEDICACIÓN ADMINISTRADA INTRADIALISIS		TIEMPO DE SESION DE HEMODIÁLISIS:	INICIO HD	FINALIZACION DE HD
EVALUACIÓN FINAL DEL PACIENTE				
PROXIMA SESION DE HEMODIÁLISIS	FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLE DE LA ATENCION →			



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGÍA
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

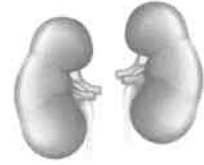


FICHA DE REFERENCIA DE SESIÓN DE HEMODIÁLISIS DE ENFERMERÍA

NOMBRES Y APELLIDOS		N° DE DIALISIS	FECHA	
EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE		PA INICIO:		
		PA SALIDA:		
ULTRAFILTRACIÓN EFECTIVA	HEPARINA: CONTINUA () TOTAL () RESTRINGIDA () SIN HEPARINA ()	Na INICIO:		
QB		Na SALIDA:		
MEDICACIÓN ADMINISTRADA INTRADIALISIS		TIEMPO DE SESION DE HEMODIÁLISIS:	INICIO HD	FINALIZACION DE HD
EVALUACIÓN FINAL DEL PACIENTE				
PROXIMA SESION DE HEMODIÁLISIS	FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLE DE LA ATENCION →			



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
UNIDAD DE HEMODIALISIS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ley general de la salud: Art. 15° incisos f, g, h y Art. 27°

Yo: _____

Identificado con DNI N _____, declaro haber sido informado (a) sobre la existente de tres alternativas de tratamiento para la enfermedad de INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, como son las hemodialisis, la dialisis peritoneal y el transplante de organos, que el Dr. _____

Medico nefrólogo de una Unidad de Hemodialisis del Hospital Regional de Cusco me ha proporcionado información completa sobre el Diagnostico y sobre las alternativas de tratamiento de la enfermedad, sobre las ventajas y desventajas, riesgos, consecuencias, indicaciones, contraindicaciones y advertencias de cada uno de los tratamientos y medicamentos que se administren, lo cual se me ha explicado; teniendo en consecuencia la condición física y social, conforme a las cartillas adjuntas, que declaro voluntariamente lo siguiente.

Si acepto ()

No acepto ()

1. Implante de cateter venoso ()
2. Hemodialisis ()
3. Dialisis peritoneal ()
4. Implante de cateter peritoneal ()
5. Cambio de sistema ()

Mi decisión se fundamenta en lo siguiente:

Que, me comprometo a cumplir los procedimiento y cuidados para el tratamiento elegido y/o actos que autorizo con la presente conforme a la indicaciones de los profesionales de la salud que atienden, y asumo la responsabilidad de los riesgos y consecuencias del tratamiento, asi como de aquellos que pudieran producirse por no cumplir los procedimientos y cuidados indicados.

Cusco, ___ de _____ del 20 ___

.....
Paciente (firma y huella digital)

.....
Familiar (firma y huella digital)

.....
Medico tratante



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO



REGISTRO DIARIO DE ATENCIONES DE ENFERMERIA Y COMPLICACIONES DURANTE LA SESION DE HEMODIALISIS

PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA MODULO	LUNES				MARTES				MIERCOLES				OBSERVACIONES
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
TOTAL HD	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	
ADMINISTRACION DE ERITROPoyETINA E.V.													
ADMINISTRACION DE CALCITRIOL E.V.													
ADMINISTRACION DE HIDROXICOBALAMINA E.V.													
ADMINISTRACION DE HIERRO E.V.													
ADMINISTRACION DE ALBUMINA E.V.													
ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICO E.V.													
TOMAS DE MUESTRA													
TRANSFUSION SANGUINEA													
Tópico													
FAV													
ABORDAJE DE ACCESO VASCULAR													
INJERTO													
CVC TEMPORAL													
CVC PERMANENTE													
CVC TEMPORAL													
CVC PERMANENTE													
ACCESO ARTERIAL													
ACCESO VENOSO													
TOTAL EN BOLO INICIAL													
CONTINUA													
SIN HEPARINA													
RESTRINGIDA													
NUMERO DE TEST REALIZADO AL ACCESO VASCULAR													
BIGOTERA NASAL													
MASCARA VENTURI													
MASCARA DE RESERVORIO													
HIPOTENSION													
HIPERTENSION													
CALAMBRES													
NAUSEAS Y VOMITOS													
CEFALEA													
REACCION QUIMICA													
REACCION PIROGENA													
CAMBIO DE DIALIZADOR													
CAMBIO DE LINEA VENOSA													
CAMBIO DE LINEA ARTERIAL													
HIPERKALEMIA													
EDEMA AGUDO DEL PULMON													
PARO CARDIORESPIRATORIO													
LICENCIADO RESPONSABLE POR MODULO													

FECHA: SEMANA DEL: AL: DEL MES DE: AÑO:



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO



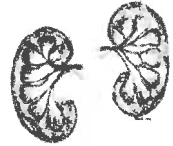
REGISTRO DIARIO DE ATENCIONES DE ENFERMERIA Y COMPLICACIONES DURANTE LA SESION DE HEMODIALISIS

FECHA	SEMANA DEL:	AL:	DEL MES DE:				AÑO:					
			T1	T2	T3	T4						
DIA												
PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA												
MODULO												
T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	OBSERVACIONES
I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	
TRATAMIENTO DE HD ADMINISTRACIÓN DE ERITROPoyETINA E.V. ADMINISTRACIÓN DE CALCITRIOL E.V. ADMINISTRACIÓN DE HIDROXICOBALAMINA E.V. ADMINISTRACIÓN DE HIERRO E.V. ADMINISTRACIÓN DE ALBUMINA E.V. ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIOTICO E.V. TOMAS DE MUESTRA TRANSFUSION SANGUINEA Tópico FAV INJERTO CVC TEMPORAL CVC PERMANENTE CVC TEMPORAL CVC PERMANENTE ACCESO ARTERIAL ACCESO VENOSO TOTAL EN BOLO INICIAL CONTINUA SIN HEPARINA RESTRINGIDA NUMERO DE TEST REALIZADO AL ACCESO VASCULAR BIGOTERA NASAL MASCARA VENTURI MASCARA DE RESERVORIO HIPOTENSION HIPERTENSION CALAMBRES NAUSEAS Y VOMITOS CEFALEA REACCIÓN QUÍMICA REACCIÓN PIROGENA CAMBIO DE DIALIZADOR CAMBIO DE LÍNEA VENOSA CAMBIO DE LÍNEA ARTERIAL HIPERKALEMIA EDEMA AGUDO DEL PULMON PARO CARDIORESPIRATORIO												
ABORDAJE DE ACCESO VASCULAR CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL REANUDACIONES HEPARINIZACIÓN TEST DE ACCESO VASCULAR ADMINISTRACION DE OXIGENO ATENCIÓN EN COMPLICACIONES INTRADIALITICAS												
LICENCIADO RESPONSABLE POR MODULO												



PF: _____

HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
UNIDAD DE HEMODIALISIS
FORMATO DE CONSULTA NEFROLÓGICA



Paciente _____ Edad _____ DNI _____ Fecha _____

Motivo de consulta _____ Tiempo de enfermedad _____

Anamnesis _____

Examen Físico	T°	P.A.	F.C.	F.R.	PESO	TALLA	IMC

ALERGIA A MEDICAMENTOS SI () NO ()	VACUNACION COMPLETA() EN CURSO () NO SE ADMINISTRO ()
	TRANSFUSIONES SI () MO ()

DIAGNOSTICO:	P	D	CIE10

TRATAMIENTO

43

a) Anemia	SI () NO ()	Especificar
b) Osteodistrofia	SI () NO ()	Especificar
c) Otros	SI () NO ()	Especificar

PLAN DE TRABAJO

Exámenes Auxiliares: _____ Interconsultas: _____

Referencia _____
 Contrareferencia _____

Procedimientos especiales: _____

PRÓXIMA CITA: _____

ATENDIDO POR: _____ Firma y Sello: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____
 (Colegio prof.)

ANEXO 1

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS

Organo y/o Unidad Orgánica:	DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA
Actividad del POI:	Programa de Prevención y Control de Cáncer – Hospital Regional del Cusco.
Denominación de la Contratación:	Servicio de impresión de formatos de receta médica autocopiable para el Programa de Prevención y Control de Cáncer del Hospital Regional del Cusco.

1. FINALIDAD PÚBLICA

Garantizar la disponibilidad de formatos de receta médica para la adecuada atención de pacientes oncológicos, contribuyendo al cumplimiento de las metas del programa de prevención, monitoreo, supervisión, evaluación y control del cáncer, en el marco de los servicios de salud brindados por el Hospital Regional del Cusco.

2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

El servicio consiste en la impresión de formatos de receta médica auto copiable.

3. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Debe cumplir con las siguientes características:

- Número de copias: 3 (original + 2 copias)
- Tipo de papel: Papel autocopiable
- Tamaño y diseño: Según formato adjunto
- Impresión: Alta calidad, Tinta: Negro
- Presentación: Talonarios de 50 juegos (triplicados) cada uno

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
1	Receta e indicaciones médicas	5,000 recetarios

4. GARANTÍA COMERCIAL

El proveedor garantizará la calidad de la impresión, debiendo reponer sin costo alguno cualquier material defectuoso.

5. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

- Contar con RUC activo y habido.
- Deberá dedicarse al rubro del servicio solicitado.
- No tener impedimento de contratar con el estado conforme al Art.30 de la ley de contrataciones de estado N° 32069.

6. LUGAR Y PLAZO DE LA PRESTACION

Lugar: Almacén Central del Hospital Regional Cusco

Plazo: Cinco (05) días calendario, contados a partir del día siguiente de la notificación de la orden de servicio

7. ENTREGABLES

El proveedor deberá realizar una sola entrega de los formatos solicitados en condiciones óptimas y conforme a lo solicitado.

8. CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La conformidad será otorgada por: Coordinador(a) del Programa de Prevención y Control de Cáncer
Prevía verificación de: Cantidad, Calidad de impresión y Cumplimiento de TDR.

9. FORMA DE PAGO


Luz Córdova
LIC. ENFERMERIA DEL ONG
C.E.P. 30850 - RNE: 13877

