



COGIGO	Fecha de conocimiento local ____/____/____	Fecha de notificación del establecimiento ____/____/____	Fecha de investigación ____/____/____	Fecha de notificación a la DISA ____/____/____	Fecha de notificación de DISA a OGE ____/____/____
--------	---	---	--	---	---

**I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE**

DISA \_\_\_\_\_ Nombre del establecimiento \_\_\_\_\_  
RED \_\_\_\_\_  
Notificación Regular  Búsqueda activa

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Nombres : \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Sexo: M [ ] F [ ].

**DOMICILIO ACTUAL**

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_  
PROVINCIA \_\_\_\_\_ INT/DEP/LOTE \_\_\_\_\_  
DISTRITO \_\_\_\_\_ Número /Km./Mz. \_\_\_\_\_

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

**III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS**

3.1. Viajes a áreas **con malaria** en los últimos 30 días (lugar probable de contagio):

Fecha	Localidad	Valle	Distrito	Provincia	Tiempo de permanencia (días)
____/____/____					
____/____/____					
____/____/____					

3.2. Antecedentes de transfusión de sangre: Si  No  Si es Sí, preguntar Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hospital donde fue transfundido: \_\_\_\_\_ Nombre del donante: \_\_\_\_\_

3.3. Antecedentes de haber estado enfermo por malaria: Si  No  Cuántas veces lo tuvo:

Preguntar fecha de la última vez que enfermó: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recibió tratamiento médico: Si  No  Atendido por un servicio de salud: Si [ ] No [ ]

Automedicación: Si  No  Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Ha tomado analgésicos: Si  No

3.4. Hay zancudos o mosquitos: Si  No

3.5. En su casa usan el mosquitero para dormir: Si  No

**IV. CUADRO CLINICO Y MANEJO**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Síntomas	SI	NO	Síntomas	SI	NO	Síntomas	SI	NO	Síntomas	SI	NO
Dolor de cabeza	[ ]	[ ]	Palidez	[ ]	[ ]	Coma	[ ]	[ ]	Sudoración	[ ]	[ ]
Dolores musculares	[ ]	[ ]	Hepatomegalia	[ ]	[ ]	Otro:	[ ]	[ ]	Ictericia	[ ]	[ ]
Escalofríos	[ ]	[ ]	Esplenomegalia	[ ]	[ ]	Fiebre	[ ]	[ ]			

3.3. Hospitalizado : Si  No   
 Tratamiento del paciente: Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Nº de Pastillas: \_\_\_\_\_  
 Resultado de tratamiento: Curado  Resistente  Fallecido  Ignorado   
 Recaída: SI [ ] NO [ ] Fecha de la recaída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Causas: Tratamiento incompleto: [ ] Vómitos [ ] Diarrea [ ] Ninguno [ ] Otro: \_\_\_\_\_ [ ]

Cada que tiempo presenta fiebre, sudoración y escalofríos: Cada 24 horas [ ] Cada 48 horas [ ] Cada 72 horas [ ]

Cuántas personas viven en su casa (verificar mediante visita a la vivienda): \_\_\_\_\_

Nº	Apellidos y nombres	Sexo/Edad		Parentesco	Gota gruesa		Fecha de toma De Gota gruesa	Result ado
		M	F		Febril	Sin fiebre		
							____/____/____	
							____/____/____	
							____/____/____	
							____/____/____	
							____/____/____	

**V. LABORATORIO** [Para ser llenado por el responsable de diagnóstico de laboratorio]

Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	MUESTRA	FECHA DE TOMA	EXAMEN REALIZADO	FECHA DE EXAMEN	RESULTADO
1		Sangre	____/____/____	Gota gruesa [ ] Frotis [ ]	____/____/____	
2			____/____/____		____/____/____	

Control parasitológico posterior al tratamiento:  
 A los 7 días  A los 14 días  A los 21 días  A los 28 días

**VI. CLASIFICACION FINAL DEL CASO**

	CASO CONFIRMADO	Fecha de confirmación	Caso Descartado	Fecha de Descarte
Caso confirmado: - Autóctono [ ] Importado [ ]		____/____/____		____/____/____
Caso confirmado de malaria complicada		____/____/____		____/____/____
Muerte por malaria		____/____/____		____/____/____
Fracaso al tratamiento terapéutico		____/____/____		____/____/____

Observaciones

1 \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que investiga el caso : \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Oficina General de Epidemiología - MINSA**  
 correo: notificacion@oge.sld.pe Telefax 01-4330081  
 Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

INFOSALUD 0800-10828  
 SITIO WEB: www.oge.sld.pe