



**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**

DISA \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del establecimiento \_\_\_\_\_ Tipo: Hosp. [ ] C.S. [ ] P.S. [ ]  
 UTES/UBAS/ZONADIS/RED \_\_\_\_\_ Inst. Administrativa: MINSA [ ] EsSalud [ ]  
 Notificación Regular  Búsqueda Activa  PNP [ ] FAA [ ] Priv. [ ] OTRO [ ]  
 Otro \_\_\_\_\_

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Nombres : \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M [ ] F [ ]  
 Estado civil: Soltero(a) [ ] Casado(a) [ ] Conviviente [ ] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ]  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL DOMICILIO**

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

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

**III. MIGRACION**

Tiempo que reside en domicilio actual años  meses

Si reside menos de 6 meses ¿Dónde vivía anteriormente?

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

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

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 \_\_\_\_\_  
 B.- 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	[ ]	[ ]	[ ]	____/____/____					____/____/____

**HOSPITALIZACION**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   
Minutos 

Diagnóstico de Ingreso: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

**Evolución:****Condición de Egreso**Alta / Recuperado Fallecido Dx \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Necropsia SI  NO 

Dx macróscopico \_\_\_\_\_

Dx microscópico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**V. ANTECEDENTE DE VACUNA ANTIAMARILICA** (Documentado con carné)Vacunado SI  NO  IGN  ¿En qué establecimientos de salud fue vacunado \_\_\_\_\_

Nº dosis recibidas \_\_\_\_\_ Fecha (última dosis) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**VI. LABORATORIO** [Para ser llenado por el laboratorio]

Laboratorio que recibe \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

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

INFOSALUD 0800-10828