

ANEXO 6

FICHA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE LEPTOSPIROSIS

I. DATOS GENERALES										
1. Código de la notificación.....			2. Fecha de notificación/...../.....							
3. Nombre de Establec. de Salud.....			4. RED/MICRORED.....			5. DIRESA/DISA.....				
II. DATOS DEL PACIENTE:										
6. Historia clínica N°.....					12. Punto de Referencia.....					
7. Apellidos y Nombres.....					13. Localidad.....					
8. Edad.....			9. Sexo: M () F ()							
10. Grado de Instrucción: Analf () Primaria () Secundaria () Superior ()					14. Distrito.....					
11. Domicilio: Av./Jr. /Calle:.....					15. Provincia.....					
11. Domicilio: Av./Jr. /Calle:.....					16. Departamento.....					
N°.....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 (Mar que 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 cardíaca							
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 estanca de animales.										
Pozo séptico, letrina, desagüe.										
Porcinos, vacunos, canes.										
Ratas, ratones, mucas ó zarigüeyas.										
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.....										

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 lepto:..... PCR: MAT: 1 ^{er} serovar:título: 2 ^{do} serovar:título: 3 ^{er} serovar:título:	34. Resultados segunda muestra Elisa IgM/IgG: Unidad lepto:..... 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 ^o días..... Fecha :/...../..... Antibióticos : No() Si() 1..... Dosis..... N ^o días..... Fecha de inicio:/...../..... 2..... Dosis..... N ^o días..... Fecha de inicio:/...../..... 3..... Dosis..... N ^o días..... Fecha de inicio:/...../.....	
36. Condición del paciente Hospitalizado () Fecha de hospitalización (...../...../.....) Tiem po de hospitalización:.....días Condición de Egreso: alta () Referido () Fallecido: () Fecha /...../..... Ignorado()	
37. Persona que proporci ona la información: Nombre:..... Establecimiento de Salud:..... Cargo..... Fecha/...../..... Firma:.....	