



FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR METANOL

Fecha de conocimiento del evento ___/___/___	Fecha de notificación a la DIRIS/DIRESA/GERESA ___/___/___	Fecha de investigación ___/___/___	Fecha de notificación al SIEpi-Brotos ___/___/___
---	---	---------------------------------------	--

I. DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del EESS: _____
 DIRIS/DIRESA/GERESA: _____ Red: _____ Microred: _____
 Fecha de ingreso a Emergencia: ___/___/___ Hora de ingreso a Emergencia: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: F [] M [] DNI/CE: _____ Embarazada: Sí [] No [] Ocupación: _____
 Domicilio actual: Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
 Dirección: _____ Celular: _____
 Acompañante: Sí [] No [] Parentesco: _____ Celular: _____

III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Lugar de ocurrencia de la intoxicación: casa [] bar [] reunión familiar [] discoteca [] trabajo [] calle [] otros: _____
 Especificar dirección: _____
 Tipo y nombre del producto consumido: _____ Fecha de consumo: ___/___/___ Hora: _____
 Local de adquisición del producto consumido (especificar nombre y dirección): _____

IV. FACTORES DE RIESGO

Enfermedades crónicas: No [] Sí [] especificar: _____
 Alcohólico crónico [] Adicto a las drogas [] Indigente []

V. CUADRO CLÍNICO

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___ Hora: _____
 Sistema nervioso central: intoxicación leve a moderada: midriasis [] cefalea [] mareos [] letargia [] confusión []
 intoxicación severa: coma [] convulsiones []
 Visión: ojos rojos [] pupilas poco reactivas a la luz [] visión borrosa [] alteración del campo visual [] ceguera []
 Sistema respiratorio: polipnea [] disnea [] insuficiencia respiratoria []
 Tracto gastrointestinal: náuseas [] vómitos [] dolor abdominal []
 Otros: _____

VI. EXÁMENES TOXICOLÓGICOS Y AUXILIARES

Fecha de toma de muestra: ___/___/___ Tipo de muestra: sangre [] otros: _____
 Resultado: _____ mg/dl Fecha de resultado: ___/___/___
 Otros exámenes: _____ Resultados: _____
 Fecha de primer examen de AGA: ___/___/___ Hora: _____
 PH: ___ PO₂: ___ PCO₂: ___ HCO₃: ___ Cl: ___ Na: ___ K: ___ Anión Gap: ___ Acidosis metabólica: Sí [] No []

VII. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Hospitalizado [] Servicio: _____ Alta voluntaria [] Alta [] Fecha: : ___/___/___
 Fallecido [] Fecha de defunción: : ___/___/___ Hora: _____
 Causa básica de la muerte (CIE-10): _____ Necropsia: Sí [] No []

VIII. CLASIFICACIÓN

Sospechoso [] Confirmado por criterio clínico [] Confirmado por criterio laboratorial [] Descartado []

IX. DATOS DEL INVESTIGADOR

Nombre del investigador: _____ Celular: _____
 Firma y sello: _____