


## ANEXO 3

### FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE ANTRAX O CARBUNCO

<b>MINISTERIO DE SALUD</b> DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA	<b>ÁNTRAX O CARBUNCO</b> (CIE 10: A22) FICHA CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA																																																									
Código: <input style="width: 100px;" type="text"/> Fecha de notificación al nivel inmediato superior ___/___/___ Fecha de investigación del caso ___/___/___																																																										
<b>I. DATOS GENERALES</b> DISA _____ Red _____ Establecimiento notificante _____ Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( )																																																										
<b>II. DATOS DEL PACIENTE</b> Apellido paterno _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____ Edad: _____ Años ( ) Sexo: M ( ) F ( ) Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días  Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: _____ Ocupación: _____																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"><b>Domicilio actual</b></td> <td style="width: 60%;">Zona<sup>a</sup>: [ ] _____ <small>(especificar nombre)</small></td> </tr> <tr> <td>Departamento _____</td> <td>Via<sup>a</sup>: [ ] _____ <small>(especificar nombre)</small></td> </tr> <tr> <td>Provincia _____</td> <td>Número/km./mz. _____</td> </tr> <tr> <td>Distrito _____</td> <td>Int/Dep/Lote _____</td> </tr> <tr> <td>Localidad _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )</td> <td></td> </tr> </table>			<b>Domicilio actual</b>	Zona <sup>a</sup> : [ ] _____ <small>(especificar nombre)</small>	Departamento _____	Via <sup>a</sup> : [ ] _____ <small>(especificar nombre)</small>	Provincia _____	Número/km./mz. _____	Distrito _____	Int/Dep/Lote _____	Localidad _____		Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )																																													
<b>Domicilio actual</b>	Zona <sup>a</sup> : [ ] _____ <small>(especificar nombre)</small>																																																									
Departamento _____	Via <sup>a</sup> : [ ] _____ <small>(especificar nombre)</small>																																																									
Provincia _____	Número/km./mz. _____																																																									
Distrito _____	Int/Dep/Lote _____																																																									
Localidad _____																																																										
Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )																																																										
<b>Para los residentes en otros países:</b> País de origen: _____ Fecha de ingreso al país ___/___/___																																																										
<b>III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b> Posible contacto en los últimos 14 días anteriores al inicio de la enfermedad: Si [ ] No [ ] en caso afirmativo marque con una "X" la (s) alternativa (s)																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Exposición (contacto)</th> <th colspan="5">Especie (tipo de animal)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Vacuno</th> <th>Ovino</th> <th>Caprino</th> <th>Equino</th> <th>Otro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Participó o intervino en el sacrificio de un animal enfermo?</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> </tr> <tr> <td>¿Participó en el descuartizamiento de un animal muerto?</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> </tr> <tr> <td>¿Tuvo contacto con cuero, piel, lana, pelo, harina de carne y hueso?</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> </tr> <tr> <td>¿Consumió carne y/o vísceras (menudencia) de animal enfermo?</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> </tr> <tr> <td>¿Manipuló carne y/o vísceras (menudencia) de animal enfermo?</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> </tr> <tr> <td>Otro tipo de contacto: _____</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> </tr> </tbody> </table>			Exposición (contacto)	Especie (tipo de animal)						Vacuno	Ovino	Caprino	Equino	Otro	¿Participó o intervino en el sacrificio de un animal enfermo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	¿Participó en el descuartizamiento de un animal muerto?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	¿Tuvo contacto con cuero, piel, lana, pelo, harina de carne y hueso?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	¿Consumió carne y/o vísceras (menudencia) de animal enfermo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	¿Manipuló carne y/o vísceras (menudencia) de animal enfermo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Otro tipo de contacto: _____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]								
Exposición (contacto)	Especie (tipo de animal)																																																									
	Vacuno	Ovino	Caprino	Equino	Otro																																																					
¿Participó o intervino en el sacrificio de un animal enfermo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]																																																					
¿Participó en el descuartizamiento de un animal muerto?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]																																																					
¿Tuvo contacto con cuero, piel, lana, pelo, harina de carne y hueso?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]																																																					
¿Consumió carne y/o vísceras (menudencia) de animal enfermo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]																																																					
¿Manipuló carne y/o vísceras (menudencia) de animal enfermo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]																																																					
Otro tipo de contacto: _____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"><b>¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto?</b></td> <td style="width: 60%;">Zona<sup>a</sup>: [ ] _____ <small>(especificar nombre)</small></td> </tr> <tr> <td>Departamento _____</td> <td>Via<sup>a</sup>: [ ] _____ <small>(especificar nombre)</small></td> </tr> <tr> <td>Provincia _____</td> <td>Número/km./mz. _____</td> </tr> <tr> <td>Distrito _____</td> <td>Int/Dep/Lote _____</td> </tr> <tr> <td>Localidad _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )</td> <td></td> </tr> </table>			<b>¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto?</b>	Zona <sup>a</sup> : [ ] _____ <small>(especificar nombre)</small>	Departamento _____	Via <sup>a</sup> : [ ] _____ <small>(especificar nombre)</small>	Provincia _____	Número/km./mz. _____	Distrito _____	Int/Dep/Lote _____	Localidad _____		Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )																																													
<b>¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto?</b>	Zona <sup>a</sup> : [ ] _____ <small>(especificar nombre)</small>																																																									
Departamento _____	Via <sup>a</sup> : [ ] _____ <small>(especificar nombre)</small>																																																									
Provincia _____	Número/km./mz. _____																																																									
Distrito _____	Int/Dep/Lote _____																																																									
Localidad _____																																																										
Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )																																																										
¿Qué otras personas han estado expuestas (contactos)?																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Apellidos y nombres</th> <th colspan="2">Sexo/Edad</th> <th rowspan="2">Tipo de contacto (exposición)</th> <th rowspan="2">Dirección</th> <th rowspan="2">Localidad</th> </tr> <tr> <th>M</th> <th>F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Apellidos y nombres	Sexo/Edad		Tipo de contacto (exposición)	Dirección	Localidad	M	F																																																
Apellidos y nombres	Sexo/Edad			Tipo de contacto (exposición)	Dirección				Localidad																																																	
	M	F																																																								

\* Códigos de Zona: [1] Urbanización, [2] Villa, [3] Cooperativa, [4] Proy Municipal vivienda, [5] PPJJ/AAHH, [6] otro  
 \* Via: [1] Avenida, [2] Calle, [3] Pasaje, [4] Jirón, [5] Otro

NTS N° 044-2006-MINSA/DGSP-V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS CON CARBUNCO

<b>IV. CUADRO CLÍNICO Y MANEJO</b> (Marque con una "X" los síntomas que presenta)							
<b>Síntomas y signos</b>			Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___				
Lesión cutánea: Si ( ) No ( ), en caso afirmativo indicar el número de lesiones:							
Localización de la lesión: Cara/Cuello ( ) Miembro superior ( ) Tronco ( ) Miembro inferior ( )							
Características de la lesión:							
Prurito	[ ]	Edema extenso (puede abarcar la extremidad superior o inferior)	[ ]				
Enrojecimiento	[ ]	Dolor abdominal	[ ]				
Ampollas o vesículas	[ ]	Tos	[ ]				
Edema perilesional	[ ]	Expectoración	[ ]				
Fiebre	[ ]	Expectoración hemoptoica o hemoptisis	[ ]				
Dolores articulares	[ ]	Dificultad respiratoria	[ ]				
Diarrea: Si [ ] No [ ], en caso afirmativo indicar características: Acuosa [ ] Moco [ ] Sangre [ ]							
<b>Hospitalización</b>							
El paciente fue hospitalizado Si [ ] No [ ] N° Historia clínica : _____ Fecha: ___/___/___							
Recibió tratamiento: Si [ ] No [ ] Fecha de inicio de tratamiento: ___/___/___							
Resultado: Curado [ ] Fallecido [ ] Fecha: ___/___/___							
<b>V. LABORATORIO</b>							
Fecha de toma de muestra: ___/___/___ Fecha de envío al laboratorio ___/___/___ Fecha de recepción de resultados ___/___/___							
Establecimiento de Salud	Muestra	Examen realizado			Resultado		Fecha de examen
		Gram	Cultivo	Otro	Positivo	Negativo	
	Líquido seroso	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	Exudado de lesión	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	Heces	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	Espuito	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	Otra: _____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
El caso de carbunco fue confirmado por laboratorio: Si [ ] No [ ]							
<b>VI. CLASIFICACIÓN</b> (Marque con una "X")							
					Clasificación final del caso probable: Fecha: ___/___/___		
Clasificación	Probable	Confirmado	Caso descartado [ Motivo de descarte ]				
Carbunco cutáneo	[ ]	[ ]					
Carbunco gastro-intestinal	[ ]	[ ]					
Carbunco meningeo	[ ]	[ ]					
Carbunco inhalatorio	[ ]	[ ]					
Carbunco septicémico	[ ]	[ ]					
<b>VII. OBSERVACIONES</b>							
Nombre de la persona que investiga el caso: _____							
Cargo _____ Firma _____							

Dirección General de Epidemiología - Ministerio de Salud  
Correo electrónico: notificacion@oge.sld.pe    Teléfax 01-4330081  
Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11  
Dirección electrónica: <http://www.oge.sld.pe>  
<http://www.dge.gob.pe>

INFOSALUD 0800-10828

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica