



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA PAROTIDITIS CON COMPLICACIONES



Definición operativa:

Caso confirmado de Parotiditis con complicaciones:

Toda persona que presenta los siguientes diagnósticos: orquitis (hombres), mastitis, ooforitis (mujeres), pérdida de la audición, meningitis aséptica, encefalitis, pancreatitis o alguna otra condición con compromiso del estado general que requiera hospitalización, puede haber presentado o no inflamación de las glándulas parótidas u otras glándulas salivales, en el contexto de un brote por parotiditis.

Table with 7 columns: Código de registro N°, Fecha de consulta, Fecha de conocimiento local del caso, Fecha de investigación (visita domiciliaria), Fecha de notificación de EE.SS a Red/Microrred, Fecha de notificación Red/Microrred a Dirección Regional de Salud, Fecha de notificación de Dirección Regional de Salud/Dirección de Redes Integradas de Salud a CDC

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

1. EESS notificante: 2. DIRIS/DIRESA/GERESA: 3. Provincia: 4. Distrito: 5. Localidad: 6. Captación del caso: Consulta () Búsqueda institucional () Búsqueda de casos en comunidad () Investigación de contactos () Casos reportados en la comunidad () Otros () Especificar: Desconocido ()

II. DATOS DEL PACIENTE

7. Tipo documento: D.N.I () Carné de extranjería () Pasaporte () Otro (), Especificar: 8. N° documento: 9. Apellidos y Nombres: 10. Fecha de nacimiento: 6. Edad: Años () / Meses () 7. Sexo: M () F () 11. Nacionalidad: 12. Etnia: 13. Nombre de la madre/tutor 14. Tel./celular: 15. Gestante: Sí () No () 16. Trimestre de gestación: I () II () III ()

Domicilio actual:

17. Departamento: 18. Provincia: 19. Distrito: 20. Localidad: 21. Nombre de zona: 22. Tipo de vía (Av., Jr., Calle, Psj., Otro): 23. Nombre de vía: 24. Número/Km/Mz:

25. Referencia para localizar:

III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN (ENTRE LOS 12 Y 25 DÍAS ANTES DEL INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS)

26. Localidad: 28. Provincia: 27. Distrito: 29. Departamento:

30. ¿En las últimas dos a cuatro semanas estuvo en contacto con caso de parotiditis (probable o confirmado)? Sí () No ()

Table with 4 columns: 31. Dónde, 32. Nombre del lugar, 32. Dirección, 33. N° contactos (Sanos, Enfermos)

34. Tuvo contacto con gestante: Sí () No (), ¿en qué fecha?

35. Trimestre de gestación en que sucedió el contacto: I () II () III ()

IV. CUADRO CLÍNICO

36. Fecha de inicio de síntomas: / / 38. ¿Presentó inflamación de glándulas parotidas? Sí () No ()
 37. Fecha de inicio parotiditis: / / 39. Nº de días de duración de parotiditis: () 40. Unilateral () Bilateral ()

Inflamación de otras glándulas salivales

41. Glándulas submandibulares Sí () No () 42. Glándulas sublinguales Sí () No ()

Complicaciones

Fecha de inicio

43. Orquitis () / /
 44. Ooforitis () / /
 45. Pérdida de la audición () / /
 46. Encefalitis () / /
 47. Meningitis () / /
 48. Otras complicaciones () / /

Especificar: _____

Hospitalización

49. Hospitalización: Sí () No () 43. H.C: _____

50. Nombre de establecimiento de salud: _____

51. Fecha de hospitalización: ___/___/___

52. Nº de días de hospitalización ()

Defunción

53. Defunción: Sí () No ()

54. Fecha de defunción: / / **V. INFORMACIÓN ADICIONAL**

55. Observaciones:

VI. ANTECEDENTES VACUNALES

56. ¿Paciente recibió vacuna con SPR? Sí () No () Ignorado ()

* Solo considerar dosis de vacunas documentadas en carné de vacunación, si no hubiera carné, investigar en archivos de establecimiento de salud donde se vacunó.

57. Fecha de última dosis: ___/___/___ 58. EE.SS donde se vacunó: _____ 59. Nº Lote: _____

60. Número de dosis recibidas previas: _____

VII. INVESTIGADOR61. Nombre del Investigador: 62. Cargo: 63. Firma y Sello