



ANEXO 2: VIGILANCIA CENTINELA DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE
FICHA DE REGISTRO

Código único de Ficha _____

Fecha de notificación _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RED/DISA/DIRESA/GERESA _____

Establecimiento de Salud _____

Nivel de atención _____

Fecha de atención _____

II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____ 2. N° H. Clínica _____

3. Fecha de Nacimiento _____ 4. Teléfono _____ 5. Celular (apoderado) _____ 6. N° DNI _____

7. Dirección Actual _____ 8. Departamento _____

9. Provincia _____ 10. Distrito _____ 11. Edad _____ 12. Sexo F M 13. Seguro de salud: Si () No () 14. Tipo de Seguro _____

15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres Hermanos Pareja Abandono Social Otros Especificar _____

16. Grado de Instrucción Sin instrucción Primaria Secundaria Universitario Técnico 17. Ocupación _____

18. Gestante: Si No Edad Gestacional _____ 19. Púérpera Si No Semanas Postparto _____

III. DATOS DEL EVENTO

1. Criterios diagnósticos

Ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días () Pérdida de energía () Menoscabo del funcionamiento personal, social y laboral ()
Pérdida de interés en las cosas que antes le gustaban () Ideación suicida () Intento suicida ()

2. DIAGNÓSTICO:

ED moderado s/síntoma somático F32.1 () ED moderado c/síntoma somático F32.1 ()
ED grave s/síntomas psicóticos F32.2 () ED grave c/síntomas psicóticos F32.3 ()

IV. CONDICIONES DE RIESGO:

1. Comorbilidad Enfermedad cardiovascular () Artritis/Artrosis () Asma () VIH/SIDA () TBC () Trastorno Neurológico ()
Cáncer () Trastorno Endocrinológico () Especifique: _____ Trastorno Mental () Especifique: _____

2. Antecedentes familiares:

Con Trastornos Depresivos () Con Trastornos Mentales () Especifique: _____

3. Estresores Sociales:

Período de duelo () Violencia: Escuela () Laboral () Familiar () Tipo de Violencia: Física () Psicológica () Sexual () Negligencia ()

V. SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 6 MESES

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: Sí () No ()

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico:
Regular () Irregular () Abandono ()

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención:
Consulta médica () Intervención individual ()
Intervención familiar () Psicoterapia individual ()
Consulta psicológica () Visita familiar integral ()

1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?: Sí () No ()

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

2.1. Realiza actividades Personal/ familiares:
Totalmente Parcialmente

2.2. Realiza actividades laborales
Totalmente Parcialmente

2.3. Realiza actividades sociales
Totalmente Parcialmente

3. EVOLUCIÓN Favorable () Desfavorable ()

Alta () Abandono ()

Pérdida de seguimiento ()

4. CONDUCTA SUICIDA Ideación suicida No () Sí ()

Intento suicida No () Sí ()

N° de veces: _____ Fecha del último Intento: _____

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 2 AÑOS

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: Sí () No ()

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico:
Regular () Irregular () Abandono ()

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención:
Consulta médica () Intervención individual ()
Intervención familiar () Psicoterapia individual ()
Consulta psicológica () Visita familiar integral ()

1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?: Sí () No ()

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

2.1. Realiza actividades Personal/ familiares:
Totalmente Parcialmente

2.2. Realiza actividades laborales
Totalmente Parcialmente

2.3. Realiza actividades sociales
Totalmente Parcialmente

3. EVOLUCIÓN Favorable () Desfavorable ()

Alta () Abandono ()

Pérdida de seguimiento ()

4. CONDUCTA SUICIDA Ideación suicida No () Sí ()

Intento suicida No () Sí ()

N° de veces: _____ Fecha del último Intento: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA
LA FICHA DE REGISTRO