

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA DE EPIDEMIOLOGÍA										FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA E INVESTIGACIÓN DE CASO DE MALARIA									
fecha de llenado					fecha de notificación					Epi-sección 1 (Epi-1)									
Búsqueda activa de casos <input type="checkbox"/>					Búsqueda pasiva <input type="checkbox"/>					Dirección de área de Salud									
					Municipio														
					Caso No.					Año									
DATOS GENERALES																			
Unidad Notificadora																			
										Fecha de Notificación									
Área de salud				Distrito				Servicio											
Nombre del servicio privado				IGSS				Sanidad Militar											
Responsable del llenado				Cargo				Teléfono											
DATOS PACIENTE																			
Primer nombre				segundo nombre				Primer apellido											
Segundo apellido				Número de CUI				No de teléfono											
Sexo Femenino		<input type="checkbox"/>		embarazada		<input type="checkbox"/>		Semana de embarazo		<input type="checkbox"/>		Sexo masculino		<input type="checkbox"/>					
Pueblo						Comunidad lingüística						Ocupación							
Escolaridad				Residencia															
Departamento				Municipio				Poblado											
Coordenadas geográficas				Longitud				Latitud											
Dirección																			
Edad		Años		Fecha de Nacimiento				Día		Mes		Año							
Nombre, apellidos y no. De teléfono de la madre, padre o encargado si es menor de edad																			
OCUPACIÓN																			
Agricultor <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> otro especifique <input type="checkbox"/>																			
Horario de trabajo																			
SIGNOS Y SINTOMAS CLÍNICOS																			
Fecha de inicio de síntomas				Día		Mes		Año		Semana epidemiológica									
Hospitalización		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		Nombre del Hospital													
Fecha de Hospitalización				Día		Mes		Año		No. De Registro Médico									
Condición de egreso		mejorado <input type="checkbox"/>		grave <input type="checkbox"/>		muerto <input type="checkbox"/>		Fecha de egreso		Día		Mes		Año					
Observaciones:																			
CUADRO CLÍNICO DEL CASO																			
				SI		NO		N/S						SI		NO		N/S	
Fiebre										Vómitos									
Escalofríos										Diarrea									
Sudoración										Palidez									
Falta de apetito										Sin síntomas									
Dolor de cabeza																			
Otro, especifique																			
RESULTADOS DE LABORATORIO																			
PDR		Fecha		negativa				positiva											
Clave de MH		Fecha de toma de muestra gota gruesa		Fecha de diagnóstico				Resultado											
								Especie			Densidad parasitaria								
Asex		Gam		Leu															
Exámenes de seguimiento para <i>P. vivax</i> y <i>P. malariae</i>																			
7 días: __/__/__ Positivo __ Negativo __							30 días: __/__/__ Positivo __ Negativo __												
Exámenes de seguimiento para <i>P. falciparum</i> .																			
7 días: __/__/__ Positivo __ Negativo __				15 días: __/__/__ Positivo __ Negativo __				30 días: __/__/__ Positivo __ Negativo __											

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

¿Tomó medicamentos antes de la toma de la muestra? Si no ¿Cuál?

¿Recibió tratamiento radical? (TR) si no Fecha de inicio del TR Fecha de finalización

Días de tratamiento si no completo tratamiento indique razón reacción adversa

Se sintió mejor no entendió como tomarlo falta de medicamento otro especifique

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Pernoctó en otro lugar distinto a su localidad, durante las últimas 4 semanas antes de enfermar? Si no no sabe

¿Pernoctó en otro lugar distinto a su localidad, durante los últimos 3 mese antes de enfermar? Si no no sabe

Fecha del	al	Localidad	Municipio	Departamento

HISTORICO DE MALARIA

¿Padeció de paludismo o malaria anteriormente? Si no no sabe

¿Cuándo? Mes Años

¿Utilizó mosquitero para dormir durante las últimas 4 semanas? Con o sin tratamiento de insecticida si no

INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA DE CASO

(Epi-2) Epi-sección 2

Datos de la investigación

Fecha de Visita Domiciliar	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>
Investigador	Cargo	Firma	
Origen de la infección?: Lugar (Localidad, Municipio, Departamento, País) (tome en cuenta historia de viajes)			Fecha probable de infección

Análisis y observaciones del caso:

Clasificación final de caso **Local** **Autóctono** **Recaída** **Inducido** **Introducido** **Importado**

Resultados de muestras a colaterales (contactos)

Existen otros casos probables en la comunidad relacionados con éste caso si no especifique número

Búsqueda activa de casos: Si No No. de casos encontrados en la búsqueda activa:

Nombre	Edad	sexo	Fecha de diagnóstico	Resultado