

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA												FICHA EPIDEMIOLÓGICA Tos ferina							
DATOS GENERALES																			
UNIDAD NOTIFICADORA																			
Fecha Notificación						Área de Salud													
Día		Mes		Año															
Distrito						Servicio													
RESPONSABLE DEL LLENADO DEL INSTRUMENTO Nombre						Cargo						Teléfono							
DATOS PACIENTE																			
NOMBRES				APELLIDOS						Sexo		M		F					
PUEBLO				OCUPACIÓN						ESCOLARIDAD									
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO						POBLADO									
LUGAR DE RESIDENCIA Dirección:						Teléfono:													
FECHA DE NACIMIENTO						EDAD													
Día		Mes		Año		Años		Meses		Días									
NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O ENCARGADO																			
DATOS CLINICOS																			
CONOCIMIENTO DEL CASO		FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS						SEMANA EPIDEMIOLOGICA											
		Día		Mes		Año													
		Fecha de captación			Fuente de notificación						Fecha de conocimiento								
		Día	Mes	Año	Pública		Comunidad		Otros:		Nivel local	Día	Mes	Año					
			Privada		Búsqueda Directa				Área de Salud										
			Laboratorio		Defunción				CNE										
SINTOMATOLOGIA ACTUAL		Signos y síntomas						SI		NO		Signos y síntomas							
		Cianosis										Hemorragia subconjuntival							
		Fiebre										Tos persistente							
		Tos paroxística										Vómitos después de la tos							
		Apnea										Otros (especificar)							
		Estridor o silbido inspiratorio																	
		Duración de la tos (días)			Evaluación clínica a los 30 días que inicia la tos														
			Presencia de tos			SI		NO		Otros (especifique)									
HOSPITALIZACION		Hospitalización				SI		NO		Nombre del hospital									
		FECHA DE HOSPITALIZACION						No. de registro médico											
		Día		Mes		Año													
		Condición de egreso		Mejorado		Grave		Muerto		FECHA DE EGRESO									
								Día		Mes		Año							
Complicaciones		Insuficiencia respiratoria		Hipertensión pulmonar		convulsiones		hemorragias		encefalopatía		Neumonía bacteriana sec		infante Otras: Especifique:					
FACTORES DE RIESGO																			
ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN		Vacunado		SI		NO		Vacuna DPT / Penta documentada		En carné		En SIGSA 5a		En cuadernillos		Verbal			
Fecha 1ª. Dosis				Fecha 2ª. Dosis				Fecha 3ª. Dosis				Fecha 1er. refuerzo				Fecha 2º. refuerzo			
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
Observaciones (Si se perdió el carné, anotar información verbal de la madre del No. de dosis)																			

TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICO	Tratamiento			Nombre del antibiótico			FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO					
	SI		NO				Día	Mes	Año			
FACTORES DE RIESGO	FECHA DE VISITA DOMICILIARIA						FECHA DE INICIO DE INVESTIGACION					
	Día		Mes		Año		Día		Mes		Año	
	Existencia de casos sospechosos de Tos ferina relacionados con el caso de la comunidad						SI		NO		No. de casos	
	¿Hay algún niño(a), adolescente o adulto con tos en la Vivienda?						SI		NO			
	Visitas y/o contactos durante 3 semanas antes de iniciada la enfermedad						SI		NO		Especifique	
	Viajes realizados 3 semanas antes de iniciada la enfermedad						SI		NO		Área	
	Viajes realizados después del inicio de la enfermedad						SI		NO		Área	
Monitoreo rápido de cobertura (MRC) de DTP/Penta	Monitoreo rápido de cobertura (MRC)			SI		NO	Resultado del MRC (%)					
	Número de niños vacunados con DPT / Penta						Investigación de campo realizada por					
	Niños atendidos											
	FECHA DE INICIO						FECHA DE FIN					
Día		Mes		Año		Día		Mes		Año		
Medidas de control epidemiológicas	Vacunación de bloqueo			SI		NO	FECHA					
	Día		Mes		Año		Día		Mes		Año	
Búsqueda activa de casos			Servicios de salud			Comunidad			Guardería			
			Escuela			Iglesia			Otros (describa)			
RESULTADOS DE LABORATORIO												
Exámen de muestras de Hisopado Nasofaríngeo para la detección de tos ferina												
Fecha de recolección				Día	Mes	Año	No recolectó muestra					
Pruebas de laboratorio						Resultado				Fecha de Resultado		
Por cultivo		SI		NO	Resultado:	Negativo	Positivo por			Día	Mes	Año
Por PCR		SI		NO	Resultado:	Negativo	Positivo por			Día	Mes	Año
Datos de Laboratorio Local												
Hematología			SI			NO						
Recuento de glóbulos blancos			Porcentaje de linfocitos									
Clasificación del Caso												
Sospechoso		Descartado		Confirmado		Confirmado por Nexo Epidemiológico						