



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Salud Pública

Centro Nacional de
Epidemiología, Prevención
y Control de Enfermedades

046

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

TERMINOS DE REFERENCIA

SERVICIO DE IMPRESIONES DE FICHAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS: EDA/IRA/SGB/IRAG/SIM/SG O INFLUENZA, COVID-19



1. ÁREA SOLICITANTE

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

2. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha declarado al Coronavirus COVID-19 "Pandemia Global", por lo que los países deberán tomar medidas con el objetivo de contener su avance.

El Gobierno peruano ha declarado la prórroga del estado de emergencia sanitaria, declarada por Decreto Supremo N° 008-2020-SA, a partir del 3 de setiembre de 2021, por un plazo de ciento ochenta (180) días calendario, mediante el Decreto Supremo N° 025-2021-SA, hasta el 1 de marzo de 2022, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, a través del Informe Técnico N° 076-2021 "Proyección de Escenarios de la Tercera Ola de COVID-19 en el Perú", señala que, si bien estamos en la resolución de la segunda ola, es necesario continuar preparándonos para afrontar una potencial tercera ola.

Tras el avance de la COVID-19 en el país se hace necesario realizar la notificación de la vigilancia epidemiológica de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Síndrome de Guillain Barré (SGB), Influenza y COVID-19, lo que permitirá contribuir con la prevención y control de dichas enfermedades a través de la generación de información epidemiológica oportuna para la toma de decisiones.

Asimismo, mediante el Decreto de Urgencia N° 025-2020, se dictan medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el sistema de vigilancia y respuesta sanitaria frente al COVID-19 en el territorio nacional; el presente requerimiento se encuentra dentro de los alcances establecidos en dicho marco normativo.

3. FINALIDAD PÚBLICA

Suministrar a los profesionales de la salud del material necesario para la ejecución de notificación de enfermedades, eventos y daños sujetos a vigilancia epidemiológica como las EDAs, IRAs, SGB, COVID-19 e Influenza, en cumplimiento de los objetivos normativos y regulares del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

4. OBJETO DE LA CONTRATACIÓN

Contratar el servicio de impresiones de fichas clínico epidemiológicas de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), Síndrome de Guillain Barré (SGB), COVID-19, SIM (Síndrome inflamatorio multisistémico) y Síndrome Gripal (SG) o Enfermedad tipo Influenza (ETI), en el marco de la emergencia sanitaria declarada por la COVID-19.

5. ACTIVIDAD DEL POI RELACIONADA

Prevención, control, diagnóstico y tratamiento de Coronavirus.

6. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN

Abastecer de material impreso para la ejecución de notificación de enfermedades, eventos y daños sujetos a vigilancia epidemiológica como las EDA, IRA, SGB, COVID-19 e Influenza.

7. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA PRESTACIÓN

Se requiere el servicio de impresiones a un solo color (blanco y negro) para las siguientes fichas clínicas epidemiológicas:

• 7.1 Ficha de investigación clínico epidemiológica de la Vigilancia del SGB

Cantidad : 10 millares

Ficha auto copiable : consta de un original y dos copias por cada página (de una sola tira)

Original : papel bond 48 g



BICENTENARIO
PERÚ 2021

www.dge.gob.pe

Calle Daniel Olaechea N° 199 – Jesús Ma
C.T.: (511) 6314500

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Viceministerio
de Salud Pública****Centro Nacional de
Epidemiología, Prevención
y Control de Enfermedades**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Copias : papel auto copiable color amarillo y celeste
Tamaño : A4
Acabado : Encolado y pegado en blocks de 50 juegos según formatos

• **7.2 Ficha de investigación clínico epidemiológica Vigilancia del de Síndrome Gripal (SG) o Enfermedad tipo Influenza (ETI)**

Cantidad : 20 millares
Ficha auto copiable : consta de un original y dos copias por cada página (de una sola tira)
Original : papel bond 48 g
Copias : papel auto copiable color amarillo y celeste
Tamaño : A4
Acabado : Encolado y pegado en blocks de 50 juegos según formatos

• **7.3 Ficha de investigación clínico epidemiológica Vigilancia intensificada de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y muerte por IRAG**

Cantidad : 20 millares
Ficha auto copiable : consta de un original y dos copias por cada página (de una sola tira)
Original : papel bond 48 g
Copias : papel auto copiable color amarillo y celeste
Tamaño : A4
Acabado : Encolado y pegado en blocks de 50 juegos según formatos

• **7.4 Ficha de notificación individual de defunciones por EDA**

Cantidad : 5 millares
Ficha auto copiable : consta de un original y dos copias por cada página (de una sola tira)
Original : papel bond 48 g
Copias : papel auto copiable color amarillo y celeste
Tamaño : A4
Acabado : Encolado y pegado en blocks de 50 juegos según formatos

• **7.5 Ficha de registro semanal de notificación epidemiológica consolidada de EDA**

Cantidad : 100 millares
Ficha auto copiable : consta de un original y dos copias por cada página (de una sola tira)
Original : papel bond 48 g
Copias : papel auto copiable color amarillo y celeste
Tamaño : A4
Acabado : Encolado y pegado en blocks de 50 juegos según formatos

• **7.6 Ficha de Vigilancia de EDA**

Cantidad : 5 millares
Ficha auto copiable : consta de un original y dos copias por cada página (de una sola tira)
Original : papel bond 48 g
Copias : papel auto copiable color amarillo y celeste
Tamaño : A4
Acabado : Encolado y pegado en blocks de 50 juegos según formatos

• **7.7 Formato de notificación individual de defunciones por IRA y/o neumonía en menores de 5 años**

Cantidad : 5 millares
Ficha auto copiable : consta de un original y dos copias por cada página (de una sola tira)
Original : papel bond 48 g
Copias : papel auto copiable color amarillo y celeste
Tamaño : A4
Acabado : Encolado y pegado en blocks de 50 juegos según formatos



BICENTENARIO
PERÚ 2021



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

• **7.8 Ficha de notificación individual de defunciones por IRA y/o neumonía en mayores de 60 años**

Cantidad : 5 millares
Ficha auto copiable : consta de un original y dos copias por cada página (de una sola tira)
Original : papel bond 48 g
Copias : papel auto copiable color amarillo y celeste
Tamaño : A4
Acabado : Encolado y pegado en blocks de 50 juegos según formatos

• **7.9 Registro semanal de notificación epidemiológica consolidada de IRA**

Cantidad : 100 millares
Ficha auto copiable : consta de un original y dos copias por cada página (de una sola tira)
Original : papel bond 48 g
Copias : papel auto copiable color amarillo y celeste
Tamaño : A4
Acabado : Encolado y pegado en blocks de 50 juegos según formatos

• **7.10 Ficha de investigación clínico epidemiológica de SIM (Síndrome inflamatorio multisistémico)**

Cantidad : 3 millares
Ficha auto copiable : consta de un original y dos copias por cada página (de una sola tira)
Original : papel bond 48 g
Copias : papel auto copiable color amarillo y celeste
Tamaño : A4
Acabado : Encolado y pegado en blocks de 50 juegos según formatos

• **7.11 Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19**

Cantidad : 40 millares
Ficha auto copiable : consta de un original y dos copias por cada página (de una sola tira)
Original : papel bond 48 g
Copias : papel auto copiable color amarillo y celeste
Tamaño : A4
Acabado : Encolado y pegado en blocks de 50 juegos según formatos



8. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

8.1. Lugar: Las fichas de investigación clínico deberán ser entregadas en el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades sito en Calle Daniel Olachea 199, Jesús María.

8.2. Plazo de ejecución: Máximo quince (15) días calendario contados a partir del día siguiente de perfeccionado el contrato.

9. CONFORMIDAD

La conformidad de la prestación del servicio se regula por lo dispuesto en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. La conformidad será otorgada por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA en el plazo máximo de siete (7) días de producida la recepción.

De existir observaciones, LA ENTIDAD las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar no menor de dos (2) ni mayor de ocho (8) días.

10. FORMA DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en moneda nacional, en pago único, luego de la entrega y conformidad de las impresiones de las fichas clínico epidemiológicas.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención
y Control de Enfermedades

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

- Acta de conformidad del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA.
- Comprobante de pago.

Dicha documentación (comprobante de pago) debe ser presentada de manera virtual a través del correo electrónico: mesadepartesvirtual@minsa.gob.pe con copia a oga112@minsa.gob.pe o de forma física en Mesa de Partes del MINSA, sito en Av. Salaverry N° 801, Jesús María, Lima, en el horario de 8:30 a 16:30 horas, siendo que los remitidos en días inhábiles serán recepcionados como si hubiesen sido entregados al día siguiente hábil.

LA ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

11. SISTEMA DE CONTRATACION

Suma alzada.

12. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de un (1) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

13. ANTICORRUPCIÓN

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el Artículo 7° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación, al contrario.

EL CONTRATISTA se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, prioridad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el Artículo 7° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

EL CONTRATISTA se compromete a: i) Comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y, a: ii) Adoptar medidas técnicas, medidas organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

14. PENALIDADES

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de la prestación objeto de la Orden de Servicio, el MINISTERIO DE SALUD le aplicará una penalidad por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto de dicha Orden, para dicho efecto tomará como referencia la siguiente fórmula

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

Dónde:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la orden o contrato vigente o ítem que debió ejecutarse, en caso de que estas involucren obligaciones de ejecución periódica, a la prestación parcial que fuera materia del retraso.

Para efectos del cálculo de la penalidad diaria se considera el monto del contrato vigente.

Se considera justificado el retraso, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

15. RESOLUCIÓN DE CONTRATO Y/U ORDEN:

En caso de incumplimiento de obligaciones contractuales el MINISTERIO DE SALUD procederá a resolver el contrato y/u orden, tomando como referencia el procedimiento establecido en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.



BICENTENARIO
PERÚ 2021

www.dge.gob.pe

Calle Daniel Olavechea N° 199 – Jesús Ma
C.T.: (511) 6314500



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Salud Pública

Centro Nacional de
Epidemiología, Prevención
y Control de Enfermedades

641

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

16. DERECHOS DE PROPIEDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Las obras, creaciones intelectuales, científicas, entre otros, que se hayan realizado en el cumplimiento de las obligaciones del presente contrato, son de propiedad de LA ENTIDAD. En cualquier caso, los derechos de autor y demás derechos de cualquier naturaleza sobre cualquier material producido bajo las estipulaciones del presente requerimiento son cedidos a LA ENTIDAD en forma exclusiva.

El CONTRATISTA no podrá divulgar, revelar, entregar o poner a disposición de terceros, dentro o fuera del Ministerio de Salud salvo autorización expresa de LA ENTIDAD, la información proporcionada por ésta para la prestación del servicio y, en general, toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir con ocasión del servicio que presta, durante y después de concluida la vigencia de la presente Orden de Servicio.

17. REQUISITOS DE CALIFICACION

A	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 200 000,00 (Doscientos mil y 00/100 soles) por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/ 22 500,00 (Veintidós mil quinientos y 00/100 soles), por la venta de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Servicio de impresiones de todo tipo de materiales.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el anexo correspondiente referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p>





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Salud Pública

Centro Nacional de
Epidemiología, Prevención
y Control de Enfermedades

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el anexo correspondiente.

Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el anexo correspondiente referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad

Importante

- *Al calificar la experiencia del postor, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del objeto contractual no coincida literalmente con el previsto en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que ejecutó el postor corresponden a la experiencia requerida.*
- *En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".*

18. PERSONAL DE LA OFICINA USUARIA RESPONSABLE DE LAS COORDINACIONES

Nombre: Luis Angel Ordoñez Ibargüen
Teléfono: 964620117
Correo: lordonez@dge.gob.pe

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN
Y CONTROL DE ENFERMEDADES - CDC

CESAR V. MURAYCO ESCATE
Ejecutivo Adjunto I
JEFE DEL AREA USUARIA

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN
Y CONTROL DE ENFERMEDADES - CDC

JULIO M. RUIZ OLANO
Director General

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE
OFICINA O DIRECCIÓN



BICENTENARIO
PERÚ 2021

www.dge.gob.pe

Calle Daniel Olavechea N° 199 – Jesús Ma
C.T.: (511) 6314500



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

ANEXO

PROTOCOLOS SANITARIOS

El presente protocolo tiene como objetivo minimizar el riesgo de contagio de COVID-19 durante la entrega de las fichas epidemiológicas en las instalaciones del Ministerio de Salud.

Para la entrega de las fichas epidemiológicas en las instalaciones del Ministerio de Salud se deberán seguir los siguientes protocolos sanitarios y seguridad:

❖ Durante la entrega


- Mantener la distancia social obligatoria no menor de 1 m tal como lo indica el Fe de Erratas del Decreto Supremo N° 083-2020-PCM.
- Deberá hacer uso correcto de su EPP's e implementos de seguridad sanitaria.
- El personal a cargo de la entrega deberá contar con los implementos necesarios para la desinfección de los equipos a entregar.
- Cumplir hábitos de higiene adecuados al toser o estornudar.

Asimismo, el Contratista deberá cumplir con las disposiciones establecidas en la Resolución Ministerial 448-2020-MINSA "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19", así como los protocolos sanitarios y demás disposiciones que dicten los sectores y autoridades competentes, que resulten aplicables a la presente contratación, bajo costo y responsabilidad del Contratista, con el fin de salvaguardar la salud del personal a cargo de la prestación.



042

ANEXO N° 1
Ficha de Investigación Clínica Epidemiológica de la Vigilancia del
Síndrome Guillain Barré (código GE10: G61.0)



PERU
Ministerio de Salud
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Infecciones

I. DATOS GENERALES

1. Fecha de Investigación: _____

2. DIRESA/GERES/DIRIS: _____ 3. Red: Micro Red _____

4. Establecimiento De Salud Notificante: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

5. H.Clinica N°: _____

6. A. Paterno _____ A. Materno _____ Nombres _____ 7. D.N.I. _____ 8. Fecha de Nacimiento _____

9. Edad _____ 10. Sexo ☐ M ☐ F 11. Gestante ☐ SI ☐ NO 12. Peso _____ kg

13. Departamento _____ 14. Provincia _____ 15. Distrito _____ 16. Localidad _____ 17. Dirección _____

18. Ocupación _____ 19. Teléfono del paciente o familiar _____

III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

20. ¿Dónde estuvo las últimas 4 semanas previas al inicio de la debilidad muscular? _____

21. País _____ 22. Departamento _____ 23. Provincia _____ 24. Distrito _____ 25. Localidad _____ 26. Dirección _____

27. Antecedentes de enfermedad dentro de las 4 semanas previas del inicio de la debilidad muscular (Marcar con "X" y llenar datos)

<p><input type="checkbox"/> Infección de vías respiratorias altas</p> <p><input type="checkbox"/> Infección gastrointestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre (temperatura > 38°C)</p> <p><input type="checkbox"/> Exantema</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Enfermedad crónica: HTA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Riesgo de Intoxicación: Metales pesados () Orogénicos tóxicos ()</p>
---	--

28. Antecedente de vacunación previa dentro de las 4 semanas al inicio de debilidad muscular: ☐ SI ☐ NO

☐ Influenza estacional ☐ Otitis y faringitis (OT) ☐ Otra ☐ Fecha de vacuna: _____

29. Antecedentes de familiares o contactos cercanos que las últimas 4 semanas presentaron: ☐ SI ☐ NO

☐ Infección gastrointestinal ☐ Infección vías respiratorias ☐ Debilidad muscular aguda ☐ Otros: _____

IV. EVALUACIÓN CLÍNICA (PERSONAL MÉDICO O ESPECIALISTA)

30. Fecha de inicio de debilidad muscular: _____ 31. Fecha de hospitalización: _____ 32. Servicio: _____

33. Características de la debilidad muscular (marque con X)

<p>Debilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Bilateralidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> Simetría a nivel de miembros inferiores <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Progresión:</p> <p><input type="checkbox"/> Tono Muscular: Acelerado <input type="checkbox"/> Desacelerado</p> <p><input type="checkbox"/> Reflejos Osteotendinosos: Hiporreflexia <input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausentes: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Ataxia</p> <p><input type="checkbox"/> compromiso de Nervios Craniales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Anormalidad autonómica*</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Rigidez de Nuca</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>34. Fecha de evaluación neurológica: _____</p> <p>35. Evaluación de la fuerza muscular</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>Prox</th> <th>Dist</th> </tr> <tr> <td>Miembro Sup. Izq.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Miembro Sup. Der.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Miembro Inf. Izq.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Miembro Inf. Der.</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><small>Emplear la Escala de Fuerza Muscular de Medical Research Council (MRC):</small></p> <p>0: Sin contracción. 1: Contracción palpable.</p> <p>2: Contracción suficiente en el plano horizontal.</p> <p>3: Movimiento sin resistencia pasiva.</p> <p>4: Movimiento completo contra resistencia de la gravedad.</p> <p>5: Movimiento completo contra gravedad y resistencia.</p>		Prox	Dist	Miembro Sup. Izq.			Miembro Sup. Der.			Miembro Inf. Izq.			Miembro Inf. Der.		
	Prox	Dist														
Miembro Sup. Izq.																
Miembro Sup. Der.																
Miembro Inf. Izq.																
Miembro Inf. Der.																

36. Evaluación de reflejos osteotendinosos

	Em.	Is.	Empl. la Escala
Reflejo Bicipital			0: No hay respuesta
Reflejo Tricipital			1: Hiporreflexia
Reflejo Patelar			2: Normorreflexia
Reflejo Aquileo			3: Hiporreflexia
			4-5: Hiporreflexia con clonus

37. Compromisos de los nervios craneales

	SI	NO
Facial Izq.		
Facial Der.		
IX-X Izq.		
IX-X Der.		
Trigémino Izq.		
Trigémino Der.		
IX-VI Izq.		
IX-VI Der.		

38. Escala de HUGHES al ingreso

Grado 0 () Grado 1 () Grado 2 () Grado 3 () Grado 4 () Grado 5 () Grado 6 ()

V. CLASIFICACIÓN DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

39. SGB sospechoso ☐ Nivel 3 ☐ 40. SGB confirmado ☐ Nivel 2 ☐ Nivel 1 ☐ 41. SGB Descartado ☐

Para caso SGB confirmado según criterios de certeza de Brighton:

Nivel de certeza 3: caso sospechoso con clínica (La notificación de todo caso sospechoso debe ser inmediata al personal de epidemiología y al sistema de vigilancia epidemiológica NOTISP).

Nivel de certeza 2: caso sospechoso con LCR compatible O estudio de electrofisiología compatible para SGB.

Nivel de certeza 1: caso sospechoso con LCR compatible Y estudio de electrofisiología compatible para SGB.

*Anormalidad autonómica (incluye más de uno de los siguientes: Disfunción urinaria, disfunción rectal, disfunción rectal, hipertensión arterial (HTA), hipotensión, taquicardia sinusal, arritmia, hiponatremia, fiebre)

VI. EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

42. Ingreso a UCI: _____ 43. Ventilación mecánica: ☐ SI ☐ NO () Fecha Inicio: _____ Fecha de destete: _____

44. Fecha de referencia y lugar de referencia: _____

45. Tratamiento:

Fecha de inicio de Plasmaféresis: _____ Número de sesiones: _____

Fecha inicio inmunoglobulina endovenosa: _____ Número frascos de tratamiento: _____

46. Fecha de fallecimiento: _____ 47. Fecha del alta: _____ 48. Fecha de Alta voluntaria: _____

49. Secuela al Alta: ☐ SI ☐ NO

50. Escala de Hughes al Alta (marque con un X)

<p>Grado 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Grado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Grado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Grado 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Grado 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Grado 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Grado 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Clasificación funcional de Hughes</p> <p>0: Sin discapacidad</p> <p>1: Desempeño en forma limitada, capaz de comer</p> <p>2: Capaz de caminar 5 metros sin ayuda</p> <p>3: Capaz de caminar 5 metros con ayuda</p> <p>4: Sin capacidad para realizar marcha, contenido en cama o silla</p> <p>5: Necesidad de ventilación mecánica</p> <p>6: Muerte</p>
---	---

VII. EXÁMENES DE LABORATORIO

51. Examen	Fecha Toma de muestra	Resultado
LCR: SI () NO ()	/ /	Clonación albumino-electrolítica: SI () NO ()
	/ /	Leuc.: células/ml Proteínas: _____ mg/dl
	/ /	Agente identificado: _____
Electromiografía: SI () NO ()	/ /	Compatible con SGB: SI () NO ()
	/ /	Sub Tipo de SGB: Desmielinizante/AIDP () Axonal AMAN () Axonal AMSAN () Otros: _____
Heces: SI () NO ()	/ /	Agente identificado: _____
Otra: _____	/ /	Agente identificado: _____
Suero PCR	/ /	Agente identificado: _____
Suero IGM	/ /	Agente identificado: _____
Hisopado Nasofaríngeo	/ /	Agente identificado: _____

VIII. SGB asociado a la infección del virus Zika

52. Probable a Zika ☐ Confirmado a Zika ☐ Descartado a Zika ☐

IX. OBSERVACIONES

X. INVESTIGADOR

Nombre del médico evaluador: _____

Nombre del investigador: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____

Firma y Sello: _____

Todo menor de 15 años deberá adicionalmente contar con su muestra mínima de 10 gramos de heces para la vigilancia de Paratuberculosis

SGB agudo desmielinizante (AIDP); SGB agudo axonal motor sensitivo agudo (AMSAN); SGB axonal motor agudo (AMAN)

micro litros (µl), miligramos por decilitro (mg/dl)



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
EnfermedadesCentro Nacional de
Epidemiología,
Prevención y Control
de Enfermedades

Ficha de investigación clínico-epidemiológica

Vigilancia del Síndrome Gripal (SG) o Enfermedad tipo Influenza (ETI)

I.- Datos generales del establecimiento notificante

Código de Barras

1. IPRESS: _____ 2. Código RENAES: _____

3. Fecha de llenado de datos (*): ____/____/____

II.- Identificación del paciente

4. Nombres y apellidos: _____

5. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino6. Fecha de nacimiento (*): ____/____/____ Edad: _____ ☐ Años ☐ Meses ☐ Días

7. DNI: _____ Historia clínica N°: _____

8. Dirección (donde vive habitualmente): _____

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

9. La vivienda esta ubicada en zona: ☐ 1 Rural ☐ 2 Urbana**III.- Antecedentes**10. Vacunación antigripal en los últimos 12 meses: ☐ SI ☐ NO**IV.- Clínica**

11. Fecha de inicio de síntomas (*) ____/____/____ 12. Fecha de atención(*) ____/____/____

Fiebre >38°C ☐ SI ☐ NO Tos ☐ SI ☐ NO Dolor de garganta ☐ SI ☐ NO**V. Laboratorio**13. Obtención de la muestra ☐ SI ☐ NO 14. Fecha de obtención (*) ____/____/____15. Tipo de muestra: ☐ Hisopado nasal y faringeo ☐ Aspirado endotraqueal☐ Aspirado nasofaríngeo ☐ Tejidos

16. Fecha de envío de muestra (*) ____/____/____

VI.- Firma y sello de la persona que notifica

(*) Formato de fecha: dd/mm/aaaa

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de EnfermedadesCorreo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01 - 631-4500

Ca. Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María - Lima

Dirección electrónica: <http://www.dge.gob.pe>



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
EnfermedadesCentro Nacional de
Epidemiología,
Prevención y Control
de Enfermedades

Ficha de investigación clínico-epidemiológica Vigilancia intensificada de Infecciones Respiratorias Graves (IRAG) y muerte por IRAG

I.- Datos generales del establecimiento notificante

Código de Barras

1. IPRESS: _____

2. Código RENAES: _____

3. Fecha de llenado de datos (*): ____/____/____

II.- Identificación del paciente

4. Nombres y apellidos: _____

5. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

6. Fecha de nacimiento (*): ____/____/____ Edad: ____ Años ____ Meses ____ Días

7. DNI: _____ Historia clínica N°: _____ Servicio: _____

8. Dirección (donde vive habitualmente): _____

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

9. La vivienda esta ubicada en zona: ☐ 1 Rural ☐ 2 Urbana
III.- Antecedentes
10. Vacunación antigripal en los últimos 12 meses: ☐ SI ☐ NO
IV.- Factor o condición de riesgo

Gestación	SI	NO	<input type="checkbox"/> I Trimestre	<input type="checkbox"/> II Trimestre	<input type="checkbox"/> III Trimestre
Periparto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Otra enfermedad pulmonar crónica		
Cardiopatía crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Enfermedad neurológica crónica		
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Hepatología crónica		
Obesidad	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Inmunodeficiencia		
Asma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Otro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifique: _____		

V.- Clínica

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____

Fiebre o antecedentes de fiebre: ☐ SI ☐ NO Tos: ☐ SI ☐ NODificultad respiratoria: ☐ SI ☐ NOHospitalización ☐ SI ☐ NO Fecha de hospitalización (*) ____/____/____Ingreso a la UCI ☐ SI ☐ NO Fecha de ingreso en UCI (*) ____/____/____

Fecha de alta (*) ____/____/____

Fallecimiento ☐ SI ☐ NO Fecha de defunción(*) ____/____/____
VI.- Tratamiento
Oseltamivir ☐ SI ☐ NO Fecha de inicio de administración de oseltamivir (*)
VII.- Laboratorio
12. Obtención de la muestra ☐ SI ☐ NO

14. Fecha de obtención (*) ____/____/____

 15. Tipo de muestra: ☐ Hisopado nasal y faringeo
☐ Aspirado nasofaríngeo
☐ Aspirado endotraqueal
☐ Tejidos

16. Fecha de envío de muestra (*) ____/____/____

VI.- Firma y sello de la persona que notifica

(*) Formato de fecha: dd/mm/aaaa

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01 - 631-4500

Ca. Daniel Olavechea N° 199 - Jesús María - Lima

Dirección electrónica: <http://www.dge.gob.pe>

6.1





PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención y
Control de EnfermedadesFORMATO DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE DEFUNCIONES POR
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

I. DATOS GENERALES

Nombre de Establecimiento de Salud notificante: _____
Código RENAES: _____ Fecha de llenado de datos: ____/____/____

II. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

- Datos Personales:

Apellido paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Sexo: () F () M Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Etnia o Raza: () Mestizo () Andino () Asiático Descendiente () Afrodescendiente
() Indígena Amazónico () Otro Pueblo Étnico: _____

- Dirección de la vivienda (En tipo de vía y agrupamiento urbano, marque solo una casilla):

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
La vivienda está ubicada en: () Zona Urbana () Zona Rural Otro: _____
Tipo de vía: () Alameda () Avenida () Calle () Jirón
() Pasaje () Otros () No indica/No respondeNombre de la vía: _____ N° de puerta: _____
Agrupamiento urbano/rural: () Asentamiento Humano () Asociación () Grupo
() Urbanización () Otros () No indica/No respondeNombre del agrupamiento urbano/rural: _____
Manzana: _____ Block: _____ Interior: _____ Lote: _____ Kilómetro: _____
Referencia: _____

III. DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Fecha de Defunción: ____/____/____ Hora de Defunción: ____:____
Lugar de Defunción: Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
Lugar de Ocurrencia de la Defunción: () Casa () Puesto de Salud () Centro de Salud
() Hospital/Clínica con permanencia < 24 horas () Hospital/Clínica con permanencia > 24 horas
Otro: _____

IV. DATOS SOBRE ATENCIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Fecha de inicio de la diarrea: ____/____/____
¿A dónde lo llevó primero?
() Puesto de salud () Centro de Salud () Hospital () Clínica privada () Farmacia/botica
() Curandero Otro: _____Fecha de primera atención: ____/____/____
¿Por la gravedad le indicaron el transferirlo a otro establecimiento? () Si () No
¿Aceptó la transferencia? () Si () No
Fecha de la transferencia: ____/____/____ Hora de Transferencia: ____:____¿Qué tipo de aseguramiento tiene?
() SIS () EsSalud () Fuerzas Armadas () Policía () Privado
() No tenía seguro Otro: _____
¿Pertenece a algún programa social? () Juntos () Vaso de leche () Pensión 65
Otro: _____

- En caso de niños menores de 5 años:

¿Quién cuidaba habitualmente al niño/niña en los últimos 30 días?
() Madre () Padre () Abuela/o () Hermana/o Otro: _____
Vacuna contra el Rotavirus: () 1ª dosis () 2ª dosis
Estado nutricional: () Eutrófico () Desnutrido: en caso de ser sí, marque -> () Agudo () Crónico
N° controles CRED (según tarjeta): _____
Tipo de Alimentación: () Lactancia materna exclusiva (6 meses) () Fórmula Láctea () Lactancia Mixta

V. ATENCIÓN HOSPITALARIA (SOLO SI LLEGÓ A ESTAR INTERNADO EN EL HOSPITAL)

Fecha de ingreso a emergencia: ____/____/____ Hora: ____:____
Fecha de ingreso a hospitalización: ____/____/____ Hora: ____:____
Diagnosticos de ingreso: _____

VI. DIAGNÓSTICOS FINALES (SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN)

Causa básica: _____
Causa intermedia: _____
Causa terminal: _____

VII. INVESTIGADOR DEL CASO

Nombre de la persona que investiga el caso: _____
Cargo: _____ Firma: _____

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefono: (01) 631-4500

Calle Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María - Lima

Dirección electrónica: http://www.dge.gob.pe



100



100



LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN

DIARREA ACUOSA (NO INCLUYE SOSPECHOSO DE CÓLERA)

[illegible]

LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN

DIARRREA DISENTÉRICA

[illegible]

Diarrea Acuosa: Todo paciente que presenta aumento en la frecuencia (3 o mas veces en 24h), fluidez y/o volumen de las deposiciones en comparación a lo habitual, con pérdida variable de agua y electrolitos y cuya duración es menor de 14 días.

Diarrea Disentérica. Todo paciente que presenta aumento en la frecuencia y fluidez de las deposiciones, de volumen escaso o moderado y que además evidencia en las heces sangre visible y moco.

16. FIRMA Y SELLO DE LA PERSONA QUE NOTIFICA

17. FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR O JEFE DEL E.E.S.



10/10/10





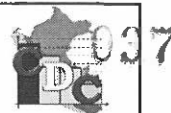
PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención y
Control de Enfermedades

VIGILANCIA DE EDA

(CIE 10: A00 - A09)

FICHA CLÍNICA



FECHA DE NOTIFICACIÓN: ____/____/____

FECHA DE INVESTIGACIÓN DEL CASO: ____/____/____

I. DATOS GENERALES

Establecimiento de Salud notificante: _____ Código RENAES: _____

Captación del caso: Pasiva () Activa () Vigilancia Comunal () Seguimiento de contactos ()

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____

Edad: _____ Años () Sexo: M () F () Etnia o Raza: Mestizo () Indígena Amazónico () Andino ()

Meses () Si es menor de 1 año, anotar meses Asiático descendiente () Afrodescendiente ()

Días () Si es menor de 1 mes, anotar días Otro () Pueblo Étnico: _____

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: _____

Vínculo: _____ Ocupación: _____

Domicilio actual

Departamento: _____

Provincia: _____

Distrito: _____

Localidad: _____

Zona de residencia: Urbana () Rural ()

Zona[£]: [] _____

(especificar nombre)

Vía[¥]: [] _____

(especificar nombre)

Número / Km. / Mz.: _____

Int. / Dep. / Lote: _____

III. DATOS CLÍNICOS

Características de la diarrea: Fecha de inicio de síntomas ____/____/____ N° Historia Clínica: _____

Tipo de diarrea: () EDA acuosa () EDA disintérica

() EDA persistente Número de deposiciones por día: _____

Tratamiento:

Plan de tratamiento: A () B () C ()

Tratamiento antibiótico: Sí () No ()

Antibiótico usado () Tetraciclina () Cotrimoxazol () Doxiciclina () Ciprofloxacina

() Cloramfenicol Otro _____

Evolución del paciente:

Hospitalizado: Sí () No () Ambulatorio: Sí () No () Fallecido: Sí () No ()

Fecha: ____/____/____ Fecha: ____/____/____

Fecha de toma de muestra: ____/____/____

Microorganismo aislado: _____

Nombre de la persona que investiga el caso: _____

Cargo: _____ Firma y Sello: _____

[£] Códigos de Zona: [1] Urbanización, [2] Villa, [3] Cooperativa, [4] Proyecto Municipal de vivienda [5] PPJJ / AAHH [6] Otro[¥] Vía: [1] Avenida, [2] Calle, [3] Pasaje, [4] Jirón, [5] Otro**Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades**Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01 - 631-4500

Ca. Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María - Lima

Dirección electrónica: [Http://www.dge.gob.pe](http://www.dge.gob.pe)

1. 1. 1.





PERU

Ministerio
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
EnfermedadesFORMATO DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE DEFUNCIONES
POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y/O NEUMONÍA EN
MENORES DE 5 AÑOSCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención y Control
de Enfermedades

036

I.- Datos generales establecimiento notificante

1. Establecimiento de salud: _____
2. Código RENAES: _____ 3. Fecha de llenado de datos: ____/____/____

II.- Identificación de la niña/niño fallecido

4. Nombres y apellidos: _____ 5. DNI/CUI/Pasaporte: _____
6. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 7. Sexo: F () M () 8. Nº de historia clínica: _____
9. Edad: _____ Años () Meses () Días () 10. Nacionalidad: _____11. Raza: Asiático descendiente ☐ Mestizo ☐ Etnias: ☐ Andino ☐ Otro, especificar: _____
Afrodescendiente ☐ Otro, especificar: _____ ☐ Indígena amazónico

12. Dirección (donde vivía habitualmente): Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Tipo de vía: 1. Alameda ☐ 5. Pasaje ☐ Nombre de la vía: _____
2. Avenida ☐ 6. Otros ☐ _____
3. Calle ☐ 7. No indica/No responde ☐ _____
4. Jirón ☐ Nº de puerta: _____Agrupamiento urbano/rural: 1. Asentamiento Humano ☐ 4. Urbanización ☐ Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____
2. Asociación ☐ 5. Otros ☐ _____
3. Grupo ☐ 6. No indica/No responde ☐ _____

Manzana: _____ Block: _____ Interior: _____ Kilómetro: _____ Lote: _____

Referencia: _____

III.- Datos de la defunción

13. Fecha de defunción: _____ 16. Lugar de ocurrencia de la defunción: _____
14. Hora de defunción: _____ ☐ Casa
15. Lugar de defunción: ☐ Puesto de Salud
Departamento: _____ ☐ Centro de Salud
Provincia: _____ ☐ Hospital o Clínica con permanencia más de 24 hrs
Distrito: _____ ☐ Hospital o Clínica con permanencia menos de 24 hrs
☐ Otro _____

IV.- Datos sobre atención y acceso a servicios de salud

17. Fecha de inicio de enfermedad: _____ 18. Fecha de primera atención: _____

19. Quién cuida habitualmente a la niña/niño en los últimos 30 días:
Madre ☐ Padre ☐ Abuelo/a ☐ Hermano/a ☐ Otro: _____20. ¿Adónde lo llevó primero?:
Puesto de salud ☐ Centro de salud ☐ Hospital ☐ Otro: _____
Clínica privada ☐ Farmacia / botica ☐ Curandero ☐21. Por la gravedad de su niño/niña le indicaron la transferirlo a otro establecimiento: Si ☐ No ☐22. Aceptó la transferencia: Si ☐ No ☐ Fecha de la transferencia: ____/____/____ Hora: _____23. Tipo de aseguramiento del niño:
Privado ☐ EsSalud ☐ No tenía seguro ☐
SIS ☐ Fuerzas Armadas y Policiales ☐ Otro: _____24. Pertenecía el niño/niño a algún programa social:
Juntos ☐ Vaso de leche ☐ Otro: _____25. Vacunas:
Pentavalente: 1 dosis ☐ 2 dosis ☐ Dosis completas ☐ Fecha de última dosis: ____/____/____
Neumococo: 1 dosis ☐ 2 dosis ☐ Dosis completas ☐ Fecha de última dosis: ____/____/____
Influenza: 1 dosis ☐ 2 dosis ☐ Dosis completas ☐ Fecha de última dosis: ____/____/____
SPR: 1 dosis ☐ 2 dosis ☐ Dosis completas ☐ Fecha de última dosis: ____/____/____26. Estado nutricional:
Talla: Eutrófico ☐ 27. Tipo de desnutrición: Agudo ☐ 28. Tipo de lactancia (hasta los 6 m): Exclusiva ☐ Formula láctea ☐
Peso: Desnutrido ☐ Crónico ☐ Mixta ☐

29. Nº Controles CRED (Según carnet): _____

IV.- Atención hospitalaria (Solo si llegó a estar internado en el hospital):

30. Fecha de ingreso a emergencia: ____/____/____ Hora: _____ 31. Fecha de ingreso a hospitalización: ____/____/____ Hora: _____

32. Diagnósticos de ingreso: _____

V.- Diagnósticos finales (según Certificado de Defunción o investigación de caso)

33. Causa terminal: _____
34. Causa intermedia: _____
35. Causa básica: _____

VI. Investigador

36. Persona que llena la ficha: _____
37. Firma y sello: _____

Otros:

Tipos de vía: BA=Bajada BO=Boulevard CLL=Callejón CR=Carretera ML=Malecón PR=Prolongación
PQ=Parque PAS=Paseo PZ=Plazuela PL=Plaza PU=Puerto OV=Óvalo PL=Plaza

Agrupamientos urbanos/rurales:

AP=Ampliación CN=Comunidad Nativa FD=Fundo BA=Barrio
UV=Unidad Vecinal CO=Cooperativa GR=Grupo VI=Villa
CH=Conjunto Habitacional CP=Centro Poblado PJ=Pueblo Joven
CC=Comunidad Campesina CV=Comité Vecinal RS=Residencial

12/12/20



✓

**Formato de Notificación Individual de Defunciones por Infección respiratoria aguda y/o
neumonía en mayores de 60 años**



Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

**FORMATO DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE DEFUNCIONES POR INFECCIÓN
RESPIRATORIA AGUDA Y/O NEUMONÍA EN MAYORES DE 60 AÑOS**



035

I.- Datos generales establecimiento notificante

1. Establecimiento de salud: _____

2. Código RENAES: _____

3. Fecha de llenado de datos: ____/____/____

II.- Identificación de la Persona Adulto (a) Mayor fallecido

4. Nombres y apellidos: _____

5. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

6. Nº de historia clínica: _____

7. Nº DNI/CE/Pasaporte: _____

8. Edad: ____ ☐ Años ☐ Meses ☐ Días

9. Fecha de nacimiento: ____/____/____

10. Raza: ☐ Mestizo

Etnias: ☐ Andino

Especificar grupo étnico: _____

☐ Afrodescendiente

☐ Indígena amazónico

Especificar grupo étnico: _____

☐ Asiático descendiente

☐ Otro, especificar: _____

☐ Otro, especificar: _____

11. Nacionalidad: _____

12. Dirección (donde vivía habitualmente):

Localidad: _____

Urb/Área: _____

Tipo de vía: _____ Lote/Nro: _____ Nombre de la vía: _____

País: _____ Departamento: _____

Provincia: _____ Distrito: _____

La vivienda está ubicada en zona: ☐ Urbana ☐ Rural

13. Fecha de defunción: ____/____/____

Hora de defunción: ____:____

14. Lugar de defunción: Departamento: _____ Provincia: _____

Distrito: _____

15. Lugar de ocurrencia de la defunción: ☐ Casa

☐ Puesto de Salud

☐ Centro de Salud

☐ Hospital o Clínica con permanencia menos de 24 hrs

☐ Hospital o Clínica con permanencia más de 24 hrs

☐ Casa de reposo (residencia, albergue, asilo, etc)

☐ Otro: _____

III.- Datos sobre atención y acceso a servicios de salud

16. Quién cuidaba habitualmente a la Persona Adulta Mayor?

☐ Espos(a)

☐ hijo(a)

☐ Otro familiar

☐ Nadie

☐ Otro: _____

☐ Cuidador (Técnica de Enfermería o Lic. Enfermería)

17. Funcionalidad:*

☐ Independiente

☐ Dependiente Parcial

☐ Dependiente Total

18. Antecedentes de Comorbilidades:

☐ Asma

☐ Bronquiectasia

☐ Fibrosis Pulmonar

☐ EPOC

☐ Portador de Sonda Nasogástrica

☐ TBC

☐ Enf. Cardíacas

☐ Diabetes Mellitus

☐ Parkinson

☐ Desorden Cerebrovascular

☐ Demencia

☐ Obesidad

☐ Adelgazado

☐ Anemia

☐ Corticoterapia Crónica

☐ Neoplasia

☐ Enf. Hepáticas

☐ Insuficiencia Renal Crónica

19. Se atendía regularmente sus comorbilidades:

☐ Si

☐ No

(si la respuesta es SI, llene el ítem 15)

20. Donde se atendía regularmente:

☐ Puesto de salud

☐ Centro de salud

☐ Hospital

☐ Clínica privada

☐ Farmacia / botica

☐ Curandero

☐ Otro: _____

21. Fecha de inicio de enfermedad: respiratoria ____/____/____

22. A que establecimiento acudio en primer lugar:

☐ Hospital

☐ Clínica privada

☐ Farmacia / botica

☐ Curandero

☐ Centro de salud

☐ Otro: _____

23. Fecha de primera atención: ____/____/____

24. Por la gravedad le indicaron la transferencia a otro establecimiento:

Si ☐ No ☐

Aceptó la transferencia:

☐ Si

☐ No

Fecha de la transferencia: ____/____/____

Hora: _____

25. Tipo de aseguramiento:

☐ SIS

☐ EsSalud

☐ Privado

☐ Fuerzas Armadas y Policiales

☐ Otro: _____

☐ No tenía seguro

26. Pertenecía a algún programa social:

☐ Pensión 65

☐ Vaso de leche

☐ Otro: _____

27. Vacunas

Influenza: ☐ 1 dosis

Fecha de última dosis ____/____/____

Neumococo: ☐ fecha ____/____/____

☐ Otro: _____

IV.- Atención hospitalaria (Solo si llegó a estar internado en el hospital):

28. Fecha de ingreso a emergencia: ____/____/____

Hora: _____

29. Fecha de ingreso a hospitalización: ____/____/____

Hora: _____

30. Diagnósticos de ingreso: _____



2



Formato de Notificación Individual de Defunciones por Infección respiratoria aguda y/o
neumonía en mayores de 60 años

034

V.- Diagnósticos finales (según Certificado de Defunción o Investigación de caso)

31. Causa terminal: _____

32. Causa intermedia: _____

33. Causa básica: _____

VI. Investigador

34. Persona que llena la ficha: _____

35. Firma y sello: _____

(*) **Funcionalidad.** - Es la capacidad de la PAM de mantener su estado físico y mental que le permitan desarrollar independientemente las actividades básicas para su vida diaria.

Independiente. - es el adulto mayor con capacidad alta y estable para realizar sus actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, alimentarse, contener esfínteres, deambulación, y actividades fuera del domicilio)

Dependiente Parcial. - es el adulto mayor con deterioro de la capacidad funcional, limitación para alguna de las actividades básicas de la vida diaria

Dependiente Total. - es el adulto mayor con pérdida considerable de su capacidad funcional que necesita ayuda total para realizar las actividades básicas de la vida diaria.



REGISTRO SEMANAL DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA CONSOLIDADA DE IRA
SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA





PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención y
Control de EnfermedadesFICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA
SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO

032

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

1. Fecha notificación: ____/____/____
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____
3. EESS: _____ 4. Inst. Adm: ☐ MINSA ☐ EsSalud ☐ Privado
5. Clasificación del caso: ☐ Confirmado ☐ Probable ☐ Sospechoso
6. Detectado en punto de entrada: ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido
- Si la respuesta es si, fecha: ____/____/____ Lugar: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

7. Apellidos y nombres: _____ N° Teléfono: _____
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 9. Edad: ____ Año ☐ Mes ☐ Día
10. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino 11. N° DNI/CE/Pasaporte: _____

INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE

12. Dirección de residencia actual: _____ País: _____
13. Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
14. Etnia o raza: ☐ Mestizo ☐ Andino ☐ Asiático descendiente
- ☐ Afrodescendiente ☐ Indígena amazónico ☐ Otro, especificar _____

III. CUADRO CLÍNICO

14. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____
15. Hospitalizado: ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido
- Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:**
16. Fecha de hospitalización: ____/____/____ 17. Días que estuvo hospitalizado: _____
18. Salida del Hospital:
- ☐ Vivo, no presenta secuelas ☐ Falleció ☐ Vivo, con secuela (especificar) _____
- ☐ Desconocido
19. El paciente tiene recurrencia del Síndrome de Kawasaki: ☐ No ☐ Si ☐ Desconocido
- En caso de ser si, indique la fecha de inicio del Síndrome de Kawasaki: ____/____/____

Signos, síntomas y criterios de diagnóstico:

20. Los criterios de un caso son:

Fiebre ≥ 5 días sin respuesta a los antibióticos, y al menos cuatro de los cinco hallazgos siguientes sin otra explicación mas razonable para el hallazgo clínico observado:

- 1) Inyección Conjuntival Bilateral, 5) y Linfadenopatía cervical (y al menos un ganglio linfático ≥ 1.5 cm de diámetro).
- 2) Cambios Orales, Si la fiebre desaparece debido a la terapia de gammaglobulina intravenosa antes
- 3) Cambios en Extremidades, del quinto día de enfermedad, una fiebre de < 5 días de duración cumple el criterio
- 4) Rash, para la definición de caso.



	No	Si	Desconocido
Fiebre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de inicio: ____/____/____			
Días de duración: ____			
Fiebre ≥ 5 días:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Inyección Conjuntival Bilateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cambios en la mucosa oral (eritema en labios o en orofaringe, lengua con apariencia de fresa, labios resecaos o fisurados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cambios en las extremidades (edema, eritema, o descamación generalizada o periungueal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Linfadenopatía Cervical ≥ 1.5 cm de diámetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Estudios Cardiológicos:

21. Verificar los resultados para cada tipo de estudio (A-C), y el número de semanas después del inicio de la enfermedad en que se realizó el estudio, informar los resultados que mostraron un aneurisma, o dilatación de la arteria coronaria por primera vez.

A. EKG	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Resultado normal	<input type="checkbox"/> Aneurisma en Arteria Coronaria
	<input type="checkbox"/> Dilatación en Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Resultados desconocidos	<input type="checkbox"/> Otras Anormalidades
	# semanas desde el inicio de la enfermedad: ____		
Fecha del 1er episodio de aneurisma o dilatación de la arteria coronaria: ____/____/____			
B. ECC	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Resultado normal	<input type="checkbox"/> Aneurisma en Arteria Coronaria
	<input type="checkbox"/> Dilatación en Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Resultados desconocidos	<input type="checkbox"/> Otras Anormalidades
	# semanas desde el inicio de la enfermedad: ____		
Fecha del 1er episodio de aneurisma o dilatación de la arteria coronaria: ____/____/____			
C. ANGIOGRAMA	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Resultado normal	<input type="checkbox"/> Aneurisma en Arteria Coronaria
	<input type="checkbox"/> Dilatación en Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Resultados desconocidos	<input type="checkbox"/> Otras Anormalidades
	# semanas desde el inicio de la enfermedad: ____		
Fecha del 1er episodio de aneurisma o dilatación de la arteria coronaria: ____/____/____			

Complicaciones: Comprobar o enumerar las complicaciones asociadas con la enfermedad

22. Cardíacas:

	No	Si	Desconocido
Aneurisma Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar el diámetro del aneurisma: ____ mm			
Otro Aneurisma (especificar): _____			
Dilatación de Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regurgitación Aórtica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falla Congestiva del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regurgitación Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isquemia de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pericarditis por Efusión Pericardial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. No Cardiacas:

	No	Si	Desconocido
Artralgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningitis Septica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vesicula biliar distendida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis por hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iritis o uveítis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meatitis o Piuria esteril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgia por miositis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. TRATAMIENTO

	No	Si	Desconocido
24. Se le administró Gamma Globulina Endovenoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es afirmativo, escriba la fecha del 1er tratamiento: ____/____/____			
Si es afirmativo, ¿se le administró Gamma Globulina Endovenoso antes del quinto día de enfermedad, mientras el paciente aún estaba con fiebre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. INVESTIGADOR

Persona que llena la ficha: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Fecha: _____







PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

1. Fecha notificación: ____/____/____	4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____	<input type="checkbox"/> EsSalud
3. EESS: _____	<input type="checkbox"/> FFAA / PNP
5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Sospechoso	<input type="checkbox"/> Privado
<input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Descartado	6. Inst. cerrada <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Estudio de reinfección: <input type="checkbox"/> (Se deberá completar además la sección IX)	<input type="checkbox"/> EESS <input type="checkbox"/> IE
	<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> Otros

II. DATOS DEL PACIENTE

7. Apellidos y nombres: _____	8. N° Teléfono: _____
9. Fecha de nacimiento: ____/____/____	10. Edad: ____ Tipo edad <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días
11. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	12. Tipo de documento: _____ N° _____
13. Peso: _____ gramos	14. Talla: _____ metros
15. Etnia o raza <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Afrodescendiente	<input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Indígena amazónico <input type="checkbox"/> Otro: _____
16. Nacionalidad <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Extranjero	Pueblo étnico: _____
17. Migrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pais de nacionalidad _____
18. Dirección de residencia actual: País: _____	Pais de origen _____
Departamento: _____	Provincia: _____ Distrito: _____
Tipo de vía: 1. Alameda <input type="checkbox"/> 2. Avenida <input type="checkbox"/> 3. Calle <input type="checkbox"/> 4. Jirón <input type="checkbox"/>	5. Pasaje <input type="checkbox"/> 6. Otros <input type="checkbox"/> 7. No indica/No responde <input type="checkbox"/>
	N° de puerta: _____
	Nombre de la vía: _____
Agrupamiento urbano/rural: 1. Asentamiento Humano <input type="checkbox"/> 2. Asociación <input type="checkbox"/> 3. Grupo <input type="checkbox"/>	4. Urbanización <input type="checkbox"/> 5. Otros <input type="checkbox"/> 6. No indica/No responde <input type="checkbox"/>
Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____	
Manzana: _____ Block: _____ Interior: _____	Kilómetro: _____ Lote: _____
Referencia: _____	

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS

19. Tipo de caso: <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Asintomático	
20. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____	21. Fecha de inicio de aislamiento: ____/____/____
22. Síntomas:	
<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Congestión nasal <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofrío <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Anosmia <input type="checkbox"/> Ageusia <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión <input type="checkbox"/> Dolor muscular <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones
23. Signos:	
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo <input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea <input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en radiografía	



☐ Inyección conjuntival
☐ Convulsión
☐ Otros, especificar: _____

☐ Auscultación pulmonar anormal

☐ Hallazgos anormales en ecografía
☐ Hallazgos anormales en tomografía
☐ Hallazgos anormales en RMN

24. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo

☐ Mayor de 65 años
☐ Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)
☐ Diabetes Mellitus (Tipo I y II)
☐ Enfermedad cerebro vascular
☐ Síndrome de Down
☐ Obesidad
☐ Embarazo (Edad gestacional: _____ semanas)
☐ Otros, especificar: _____

☐ Post parto/aborto (<6 semanas o < 42 días)
☐ Inmunodeficiencia (incluye VIH)
☐ Enfermedad renal crónica
☐ Enfermedad pulmonar crónica
☐ Cáncer
☐ Receptor de trasplante de órganos y/o células madre sanguíneas
Fecha de culminación del embarazo ____/____/____

25. Ocupación

☐ Trabajador de Salud
☐ Policía
☐ Militar
☐ Estudiante
☐ Otros especificar: _____

Si es trabajador de salud, especificar profesión:

☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Obstetra

☐ Laboratorista
☐ Técnico en enfermería
☐ Otros _____

26. Lugar de trabajo

EESS _____
Departamento _____
Provincia _____
Distrito _____

27. ¿Ha tenido contacto directo con un caso sospechoso, probable o confirmado en los 14 días previos al inicio de síntomas?

☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

Si la respuesta es si, marque según corresponda:

☐ Entorno de salud
☐ Casa de reposo
☐ Desconocido

☐ Entorno familiar
☐ Centro penitenciario
☐ Otros, especifique: _____

☐ Entorno laboral
☐ Albergue

28. ¿Vacunado contra la COVID-19?

☐ Si ☐ No

1º dosis ☐ Fecha ____/____/____
2º dosis ☐ Fecha ____/____/____
Dosis adicional ☐ Fecha ____/____/____

Tipo vacuna _____
Tipo vacuna _____
Tipo vacuna _____

IV. HOSPITALIZACIÓN (Si fue hospitalizado, complete la siguiente información)

29. Hospitalizado: ☐ Si ☐ No

30. Fecha de hospitalización: ____/____/____

31. Nombre del Hospital: _____

32. Tipo de seguro: _____

33. Referido: ☐ Si ☐ No Referencia de origen: _____

Fecha de referencia: ____/____/____

34. Diagnósticos de ingreso relacionado a COVID-19

☐ Si ☐ No

35. Signos presentados en la hospitalización:

☐ Convulsión ☐ Coma
☐ Disnea/taquipnea ☐ Auscultación pulmonar anormal
☐ Otros, especificar: _____

☐ Hallazgos anormales en radiografía
☐ Hallazgos anormales en ecografía
☐ Hallazgos anormales en tomografía
☐ Hallazgos anormales en RMN

Lugar de hospitalización

36. Servicio: ☐ Unidad de Cuidados Intensivos
☐ Unidad de Cuidados Intermedios
☐ Trauma shock
☐ Sala de aislamiento
☐ Otro _____

Fecha de ingreso

Fecha de alta

____/____/____
____/____/____
____/____/____
____/____/____
____/____/____

37. ¿El paciente estuvo en ventilación mecánica?

☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

38. ¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?

☐ Si ☐ No



39. ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad? ☐ Sí ☐ No
40. ¿El paciente presentó IAAS? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

V. CONDICIÓN DE EGRESO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

41. Motivo de Egreso: ☐ Alta médica ☐ Alta voluntaria ☐ Referido ☐ Fallecido
42. Fecha de alta, si aplica: ____/____/____ 43. Fecha de referencia, si aplica: ____/____/____

VI. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

44. Evolución del paciente: ☐ Recuperado ☐ Favorable ☐ Desfavorable ☐ Fallecido

VII. MUERTE ASOCIADA A COVID-19 - SI EL PACIENTE FALLECIÓ CONSIGNAR ESTA SECCIÓN

45. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____ 46. Hora de defunción: ____:____
47. Lugar de defunción: ☐ Hospital / Clínica ☐ Vivienda
☐ Centro de aislamiento temporal ☐ Centro penitenciario
☐ Vía pública ☐ Otros: _____
48. Clasificación de la muerte por COVID-19 ☐ Muerte sospechosa de la COVID-19 (en investigación)
☐ Muerte por COVID-19 ☐ Muerte por No COVID-19
49. Criterio de la Muerte por COVID-19 ☐ 1. Viroológico ☐ 4. Nexo epidemiológico
☐ 2. Serológico ☐ 3. Radiológico ☐ 7. SINADEF
☐ 5. Investigación epidemiológica ☐ 6. Clínico

VIII. LABORATORIO (correspondiente a evento actual)

50. Prueba Molecular Resultado
Fecha de Toma de Muestra: ____/____/____ Tipo de Muestra: _____ Fecha de resultado: ____/____/____ ☐ Positivo
☐ Negativo
51. Prueba Antigénica Resultado
Fecha de Toma de Muestra: ____/____/____ Tipo de Muestra: _____ Fecha de resultado: ____/____/____ ☐ Positivo
☐ Negativo
52. Secuenciamiento genético: ☐ Sí ☐ No ☐ Negativo
53. Motivo de solicitud: _____ 54. Linaje: _____

IX. REINFECCIÓN

Primera Infección (Antecedentes):

55. Presentó síntomas: ☐ Sí ☐ No
56. Fecha de Inicio de Síntomas: ____/____/____
57. Prueba confirmatoria inicial: ☐ Prueba molecular ☐ Prueba antigénica ☐ Prueba serológica
58. Fecha de resultado: ____/____/____
59. Clasificación de la reinfección: ☐ Reinfección sospechosa
☐ Reinfección probable
☐ Reinfección confirmada

X. INVESTIGADOR

60. Persona que llena la ficha: _____
61. Firma y sello _____



