

 PERÚ Ministerio de Salud	Viceministerio de Salud Pública	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	FICHA DE INVESTIGACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE PAROTIDITIS CON COMPLICACIONES																																																		
DEFINICION DE CASO DE PAROTIDITIS CON COMPLICACIONES: Toda persona que presenta los siguientes diagnosticos: orquitis (hombres), mastitis, oforitis (mujeres), perdida 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.																																																					
CODIGO DE REGISTRO N°	Fecha de consulta	Fecha de Conocimiento local del caso	Fecha de Investigación (visita domiciliaria)	Fecha de notificación EE.SS a Red/Microred	Fecha de notificación Red/Microred a Dirección de Salud	Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC																																															
_____	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___																																															
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN																																																					
1. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____			2. SE: _____		3. EESS: _____																																																
5. Tipo de captación (vigilancia): <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Pasiva			4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/Sanidad <input type="checkbox"/> Privado		6. Lugar <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Comunidad																																																
II. DATOS DEL PACIENTE																																																					
7. Apellidos y nombres: _____			8. N° Celular: _____																																																		
9. Fecha de nacimiento: ___/___/___		10. Edad: _____		<input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día																																																	
11. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		12. N° DNI/CE/Pasaporte: _____																																																			
13. Domicilio actual: _____			14. Nacionalidad: _____																																																		
15. Departamento: _____			16. Distrito: _____																																																		
17. Provincia: _____			18. Localidad: _____																																																		
19. Etnia : <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Indígena amazónico		<input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____																																																			
20. Nombre de la madre/tutor Gestante (SI) (NO)			Trimestre de gestación: I () II () III ()																																																		
III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN																																																					
21. Dirección: _____																																																					
22. Departamento: _____			23. Distrito: _____																																																		
24. Provincia: _____			25. Localidad: _____																																																		
¿En las ultimas 2 o 4 semanas estuvo en contacto con otro caso de parotiditis? (Si) (No) (Ignorado)																																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Donde</th> <th rowspan="2">Nombre del lugar</th> <th rowspan="2">Dirección</th> <th colspan="2">N° de contactos</th> </tr> <tr> <th>Sanos</th> <th>Enf.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Casa</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nido/guardería</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Colegio</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Escuela Militar/policial</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Universidad/Instituto</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Centro de trabajo</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Establecimiento de Salud</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otros (especificar)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							Donde	Nombre del lugar	Dirección	N° de contactos		Sanos	Enf.	Casa					Nido/guardería					Colegio					Escuela Militar/policial					Universidad/Instituto					Centro de trabajo					Establecimiento de Salud					Otros (especificar)				
Donde	Nombre del lugar	Dirección	N° de contactos																																																		
			Sanos	Enf.																																																	
Casa																																																					
Nido/guardería																																																					
Colegio																																																					
Escuela Militar/policial																																																					
Universidad/Instituto																																																					
Centro de trabajo																																																					
Establecimiento de Salud																																																					
Otros (especificar)																																																					
Este caso tuvo contacto con gestante (SI) (NO) en qué fecha: ___/___/___ Trimestre de gestación en que sucedió el contacto ()																																																					
IV. CUADRO CLÍNICO:																																																					
26. Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___			27. ¿Presentó inflamación de glándulas parótidas? SI() NO()																																																		
28. Fecha de inicio de parotiditis: ___/___/___		29. N° días duración de parotiditis: ____		30. Unilateral () Bilateral ()																																																	
31. Inflamación de otras glándulas salivales: Glándulas Submandibulares SI() NO () Glándulas Sublinguales SI() NO ()																																																					
32. Complicaciones Orquitis () ___/___/___ Perdida de audición () ___/___/___ Meningitis () ___/___/___ Ooforitis () ___/___/___ Encefalitis () ___/___/___ Otras (especificar): _____																																																					
33. Hospitalización SI () NO () Nombre del EE.SS. _____ Fecha de Hospitalización ___/___/___ N° de días hospitalizado _____																																																					
34. Condición de egreso del paciente Alta Médica <input type="checkbox"/> Alta Voluntaria <input type="checkbox"/> *Referido <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Fecha: ___/___/___ *Referido a : _____ Causa de muerte: _____																																																					
V. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (considerar solo vacuna SPR)																																																					
35. Vacunación con SPR <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			36. N° de dosis recibida ____		37. Fecha de última dosis: ___/___/___																																																
38. EE.SS donde se vacunó: ___/___/___																																																					
VII. OBSERVACIONES																																																					
VII. INVESTIGADOR																																																					
39. Persona que investiga el caso: _____			40. Cargo: _____																																																		
41. Telefono: _____		42. Email: _____		Firma y Sello _____																																																	