

FICHA DE NOTIFICACIÓN

VARICELA

Caso sospechoso: Toda persona que presente erupción papulovesicular generalizada y pruriginosa acompañada o no de fiebre. O cuando el personal de salud sospeche varicela.

1) DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre y apellido: _____ Tel. o cel. Nº: _____
 Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Establecimiento de salud: _____
 Fecha de consulta: ____/____/____ Fecha de notificación: ____/____/____
 Cómo conoció el caso: Consulta _____ Laboratorio _____ B.A. Institucional _____ B.A. Comunitaria _____ Rumores _____ Otros _____

2) DATOS DEL PACIENTE

2.1) DATOS PERSONALES

CI Nº o Código: _____ Nombre y apellido: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: F M Embarazada: _____ Edad gestacional: _____

2.2) DATOS DE RESIDENCIA

Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Barrio o compañía: _____
 Dirección: _____ Referencia: _____
 Localidad: Urbana Sí Etnia: _____
 Rural No Comunidad indígena

2.3) DATOS GENERALES

Número de teléfono o celular: _____ Ocupación: _____
 Dirección del trabajo: _____
 Nombre de la Escuela, colegio u hogar: _____
 Nombre de la Madre/Padre o Responsable: _____

3) DATOS DE VACUNACIÓN

Antecedentes de vacunación del caso: Sí No
 Fuente: (adjuntar copia de la tarjeta de vacunación o registro de vacunación) Tipo de vacuna (considerar la última dosis recibida) VVZ N° de dosis: _____

4) DATOS CLÍNICOS

Signos y síntomas

Erupción vesicular
 Fiebre
 Cefalea
 Prurito
 Lesiones ulcerosas orofaríngeas
 Otros: _____
 Fecha de inicio: ____/____/____

Complicaciones

Trombocitopenia
 Artritis
 Hepatitis
 Ataxia cerebelosa
 Encefalitis
 Meningitis
 Sobreinfección Bacteriana
 Otros: _____

5) DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospitalizado: _____ Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Establecimiento de salud: _____
 Fecha de admisión: ____/____/____
 IG contra Varicela Zoster Especificar: _____ Fecha de inicio: ____/____/____
 Defunción: SI NO Fecha de defunción: ____/____/____

6) DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Hubo contacto con otro caso confirmado de Varicela 10-21 días antes del inicio de la erupción: Sí No Fecha de exposición: ____/____/____
 Hubo algún caso confirmado de Varicela en el área antes de este caso: Sí No Fecha de exposición: ____/____/____
 Tuvo contacto con una mujer embarazada después del inicio de los síntomas: Sí No Fecha de contacto: ____/____/____
 Viajó dentro de los últimos 10 - 21 días a algún otro distrito o país: Sí No Fecha de partida: ____/____/____
 Fecha de intervención comunitaria: ____/____/____ Fecha de regreso: ____/____/____

7) CLASIFICACIÓN FINAL

Confirmado por clínica: Fecha de clasificación: ____/____/____