



Fecha: _____ Hora: _____

FOLIO C1:

Servicio de origen: Programa Operativo Proyecto

FOLIO N1 CASO:

Nombre del servicio de origen: _____

Persona que realiza el estudio epidemiológico

Brigada, unidad o adscripción: _____

Nombre de la persona: _____

Datos del paciente

Seguro Popular: Sí No

Número de afiliación: _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino Peso: _____ kgs. No. convivientes: _____

Domicilio del paciente

Número CNEP: _____ Estado: _____

Municipio: _____ Localidad/Colonia: _____

Calle: _____

No. exterior: _____ No. interior: _____ Sector: _____ Manzana: _____ Código Postal: _____

Ocupación:

Ama de casa Desempleado
Estudiante Otra
Obrero _____
Comerciante _____
Profesionista _____

Actividades de riesgo:

Trabajador del campo
Trabajador de laboratorio
Militar
Otro: _____

Domicilio de referencia del paciente

Laboral Escolar Número CNEP: _____

País: _____ Estado: _____

Municipio: _____ Localidad/Colonia: _____

Calle: _____ Fraccionamiento: _____

No. exterior: _____ No. interior: _____ Sector: _____ Manzana: _____ Código Postal: _____ Edificio: _____ Piso: _____

Antecedentes relevantes

Está embarazada: Sí No FUR: _____ FPP: _____

Ha donado sangre: Sí No Fecha de la donación: _____ Nombre de la institución (banco de sangre): _____

Ha recibido tranfusión de sangre: Sí No Fecha de última tranfusión: _____ Nombre de la institución (banco de sangre): _____

Número CNEP, exterior o interior: _____ Estado: _____

Municipio: _____ Localidad/Colonia: _____

Ha recibido transplante de órganos: Sí No Fecha de la donación: _____

Número CNEP, exterior o interior: _____ Estado: _____

Municipio: _____ Localidad/Colonia: _____

Conoce personas portadoras de chagas en su casa o localidad: Sí No Especifique: _____

Número CNEP, exterior o interior: _____ Estado: _____

Municipio: _____ Localidad/Colonia: _____

Ha visto en la casa o localidad triatomas: Sí No Otro: _____

Había recibido tratamiento para la enfermedad de Chagas: Sí No Año: _____

¿Tratamiento completo?: Sí No

Traslados dentro y fuera del país con factores de riesgo

Viaja con frecuencia: Sí No

País: _____ Estado: _____

Municipio: _____ Localidad/Colonia: _____

Fecha de llegada: _____ Fecha de salida: _____ Supo si había personas con sus mismos signos y síntomas: Sí

Ha visto en la casa o localidad triatomas: Sí No Otro: _____

Signos y síntomas: Presentes <input type="radio"/> Ausentes <input type="radio"/> <table border="1" style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Fiebre actual</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Fiebre reciente (30 días)</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Astenia</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Erupción cutánea</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Palpitaciones</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Mialgias</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Hepatoesplenomegalia</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Taquicardia</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Disnea</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Dolor torácico</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Linfadenopatía</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bajo peso al nacer</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Ictericia</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Edema</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Disfagia</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Pirosis</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Dispepsia</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Vómito Gástrico</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Constipación</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Otro</td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	Fiebre actual	<input type="radio"/>	Fiebre reciente (30 días)	<input type="radio"/>	Astenia	<input type="radio"/>	Erupción cutánea	<input type="radio"/>	Palpitaciones	<input type="radio"/>	Mialgias	<input type="radio"/>	Hepatoesplenomegalia	<input type="radio"/>	Taquicardia	<input type="radio"/>	Disnea	<input type="radio"/>	Dolor torácico	<input type="radio"/>	Linfadenopatía	<input type="radio"/>	Bajo peso al nacer	<input type="radio"/>	Ictericia	<input type="radio"/>	Edema	<input type="radio"/>	Disfagia	<input type="radio"/>	Pirosis	<input type="radio"/>	Dispepsia	<input type="radio"/>	Vómito Gástrico	<input type="radio"/>	Constipación	<input type="radio"/>	Otro	<input type="radio"/>	Datos patognomónicos: Presentes <input type="radio"/> Ausentes <input type="radio"/> Fecha de aparición Hinchazón bipalpebral (Signo de Romaña) _____ Chagoma de inoculación _____
Fiebre actual	<input type="radio"/>																																								
Fiebre reciente (30 días)	<input type="radio"/>																																								
Astenia	<input type="radio"/>																																								
Erupción cutánea	<input type="radio"/>																																								
Palpitaciones	<input type="radio"/>																																								
Mialgias	<input type="radio"/>																																								
Hepatoesplenomegalia	<input type="radio"/>																																								
Taquicardia	<input type="radio"/>																																								
Disnea	<input type="radio"/>																																								
Dolor torácico	<input type="radio"/>																																								
Linfadenopatía	<input type="radio"/>																																								
Bajo peso al nacer	<input type="radio"/>																																								
Ictericia	<input type="radio"/>																																								
Edema	<input type="radio"/>																																								
Disfagia	<input type="radio"/>																																								
Pirosis	<input type="radio"/>																																								
Dispepsia	<input type="radio"/>																																								
Vómito Gástrico	<input type="radio"/>																																								
Constipación	<input type="radio"/>																																								
Otro	<input type="radio"/>																																								

Diagnóstico _____ Fecha de Diagnóstico _____

Detectado por: Consulta externa Banco de sangre Búsqueda activa Asociación epidemiológica Ruta inversa(papel filtro)

Datos de la muestra																			
Fecha toma de muestra	Fecha de resultados	Serológica			Molecular		Parasitológica												
		HAI	IFI	ELISA	PCR	Gota gruesa	Strout	Triatoma											
___/___/___	___/___/___		+	-		+	-		+	-		+	-		+	-		+	-
___/___/___	___/___/___	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
___/___/___	___/___/___	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
___/___/___	___/___/___	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
___/___/___	___/___/___	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Clasificación de la enfermedad Fase aguda Crónica asintomática Crónica sintomática Cardíaca Digestiva

Estudios realizados	EGO										BH					QS						
	Color	PH	Nitritos	Eritrocitos	Células epiteliales	Bacterias	Hemoglobina	Hematocrito	Neutrófilos	Linfocitos	Eosinófilos	Glucosa	Urea	Creatinina	Bilirrubina directa	Bilirrubina indirecta	Fosfatasa alcalina	Coolesterol	TGO o AST	TGP o ALT	Amilasa	Lipasa
Estudios Laboratorio:																						
___/___/___ <i>Antes</i>																						
___/___/___ <i>Mes</i>																						
___/___/___ <i>Final</i>																						
Electrocardiograma:																						
___/___/___ <i>Única</i>																						
Rx. torax:																						
___/___/___ <i>Única</i>																						
Serie esofagogastroduodenal:																						
___/___/___ <i>Única</i>																						

Infección por: Vector <input type="radio"/> Transfusión <input type="radio"/> Congénito <input type="radio"/> Contacto con material biológico <input type="radio"/> Transplante <input type="radio"/> Otro _____	Lugar probable de infección: Localidad de residencia <input type="radio"/> Localidad con factores de riesgo <input type="radio"/> Localidad de referencia <input type="radio"/>	Clasificación del caso: Autóctono <input type="radio"/> Importado <input type="radio"/>
--	--	---

Tratamiento

Medicamento: Nifurtimox Benznidazol Benznidazol pediátrico Dosis mg/kg: _____ Días de tratamiento: +60 60 30

Fecha de inicio: _____ Fecha de termino: _____ Esquema: Completo Incompleto

Reacciones adversas: Sí No Fiebre Anorexia Náusea/vómito Cefalea Temblor Parestesia Convulsiones
Otro: _____ Lote del medicamento: _____

Suspensión del medicamento: Sí No Fecha de suspensión: _____

Causa de suspensión: Fin de esquema Reacción adversa Renuencia Migración Defunción Otro: _____

Seguimiento del caso

Fecha de control	Resultado de laboratorio			Estudios de gabinete		
	HAI	IFI	ELISA	Electrocardiograma	Rx. torax	Serie esofagogastroduodenal
___/___/___						
___/___/___						
___/___/___						
___/___/___						
___/___/___						