

CONFIRMACIÓN DE ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		CUI/ PASAPORTE	
-------------------------------------	--	-----------------------	--

¿Pernoctó** en otro lugar distinto a su localidad, durante las últimas 4 semanas antes de enfermar?

Si	Especifique		No
----	-------------	--	----

¿Pernoctó** o viajó en otro lugar distinto a su localidad, los últimos 3 meses antes de enfermar?

Si	No
----	----

Fecha de llegada	Fecha de salida	Departamento	Municipio	Localidad

CONFIRMACIÓN DEL MANEJO TERAPÉUTICO

Manejo clínico Ambulatorio	Si	No	Fecha de inicio de tratamiento	Día	Mes	Año
Medicamentos antimaláricos utilizados en el tratamiento:	Cloroquina tableta de 250 mg		Primaquina tableta de 5mg		Artesunato ampolla 60 mg	
Primaquina tableta de 15 mg	Arteméter + Lumefantrina tableta 20/120 mg					
Tratamiento antimalárico administrado en Servicio de salud	Si	¿Cuál y dónde?	No			
Colaborador Voluntario	Si	¿Dónde? (Comunidad)	No			
Tratamiento	Completo	Incompleto	Tratamiento estrictamente supervisado	Parcialmente supervisado		

INVESTIGACIÓN DE CONTROL LABORATORIAL

Control parasitario realizado:	Si	No	Control parasitario postratamiento al día 3:	Positivo	Negativo
Control parasitario postratamiento al día 7			Positivo	Negativo	
Control parasitario postratamiento al día 14			Positivo	Negativo	
Control parasitario postratamiento al día 21			Positivo	Negativo	
Control parasitario postratamiento al día 28			Positivo	Negativo	

Observaciones al seguimiento del control parasitario postratamiento

¿Existen antecedentes de automedicación?	Si	(Especifique medicamento, concentración y dosis):	No
--	----	---	----

¿Alguna reacción que haya presentado a los medicamentos antimaláricos? Si No

(SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENAR FICHA DE VIGILANCIA DE EFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS)

Origen de la infección (tome en cuenta historia de viajes)	País	Departamento	Municipio	Localidad
Fecha probable de infección	Día	Mes	Año	Nombre del Foco
Estado del paciente	Curado	Abandonó Tratamiento	Fallecido	Ignorado

Observaciones del caso:

Clasificación final de caso:	Autóctono	Inducido	Introducido	Importado
Clasificación clínica:	Malaria aguda		Malaria grave	
Tipo de infección:	Nueva	Reinfección	Caso cerrado	Caso descartado

Resultados de muestras a colaterales (contactos)

Existen otros casos probables en la comunidad relacionados con éste caso:	Si	¿Cuántos)	No
Existen otros casos probables en la comunidad relacionados con este caso:	Si	Casos positivos en búsqueda activa	No

CUI/PASAPORTE/ ID	Nombre y apellido	Fecha de diagnóstico	Resultado

*CUANDO EL PACIENTE ESTÁ YA, EN TRATAMIENTO Y SE CAMBIA DE RESIDENCIA DE UNA DAS A OTRA

** DORMIR, PASAR LA NOCHE, ALOJARSE U HOSPEDARSE

DAS= DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD