

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MALARIA O PALUDISMO

DEFINICIÓN DE CASO									
<p>Caso sospechoso: persona con antecedentes de viaje a zona endémica de malaria o paludismo¹, con o sin fiebre, y que presenta síntomas compatibles como; escalofríos, palidez, sudoración, ictericia, cefalea, náuseas y vómitos. Todos los pacientes con sospecha de malaria o paludismo, deben realizarse una prueba por microscopía (gota gruesa). A toda persona proveniente de área de riesgo se debe solicitar prueba de gota gruesa tenga o no síntomas.</p>									
DATOS DEL NOTIFICANTE									
Nombre del notificante:					Institución:				
Fecha de notificación:					Teléfono:				
DATOS DEL PACIENTE									
Nombre y apellido:					Nacionalidad:				
Tipo y N° de documento:					Edad:		Sexo: F (.....) M (.....)		
Ocupación:					Lugar de trabajo:				
Domicilio actual:									
Departamento:			Distrito:			Barrio:			
Tipo de localidad: Urbano (.....) Rural (.....) Periurbano (.....)									
Teléfono actual:					Teléfono alternativo:				
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS (Viajes al exterior, lugar de posible contagio)									
Viajó al extranjero: Sí (.....) No (.....)					País:		Ciudad:		
Fecha de salida del país:/...../.....					Fecha de regreso al país:/...../.....				
Medio de transporte utilizado: aéreo (.....) fluvial (.....) terrestre (.....)									
Punto de Entrada al país:									
EPISODIOS ANTERIORES (de malaria o paludismo)									
Antecedentes de paludismo: Si (.....) No (.....) Cuantos episodios de malaria tuvo: Último episodio:/...../.....									
Especie de Plasmodium:									
Recibió tratamiento antimalárico: Si (.....) No (.....) Cual:.....									
DATOS CLÍNICOS									
Fecha de inicio de síntomas:/...../.....					Fecha de consulta:/...../.....				
Síntomas (marcar con una X): fiebre (.....) escalofríos (.....) palidez (.....) ictericia (.....) hepatomegalia (.....) esplenomegalia (.....) Otros síntomas:									
Hospitalizado: Si (.....) No (.....)					Fecha de hospitalización:/...../.....		Establecimiento:		
Óbito: Si (.....) No (.....)					Fecha de óbito:/...../.....				
DATOS LABORATORIALES									
Tipo de prueba:	Fecha toma de muestra	Fecha de envío	Fecha de recepción	Fecha de resultado	Servicio	Responsable	Resultado	Especie	Densidad parasitaria
1. Gota gruesa									
2. Test rápido									
3. PCR									
CLASIFICACIÓN DEL CASO									
Sospechoso (.....)			Descartado (.....)			Confirmado (.....)			

FICHA DE NOTIFICACION DE MALARIA O PALUDISMO- INSTRUCTIVO

(Favor llenar todos los campos de la Ficha de notificación y al momento de la remisión, enviar solo la página 1).

DEFICIÓN DE CASO SOSPECHOSO: hace mención a la condición que debe cumplir, para ser considerado un caso sospechoso de malaria. **Zona endémica¹:** considerar los países de regiones del mundo que actualmente cuentan con áreas de transmisión de malaria, principalmente de: África, Asia y América. En América del Sur solo Paraguay, Argentina, Chile se encuentran libres de malaria. Para más información, consultar en: <https://www.who.int/malaria/areas/elimination/malaria-free-countries/en/>

DATOS DEL NOTIFICANTE:

Nombre del notificante: Nombre y apellido del personal de salud que completa el presente documento/ficha. **Institución notificante:** Nombre de la Institución/Establecimiento de Salud en donde el caso está siendo investigado. **Fecha de notificación:** Fecha en que ingresa al sistema. **Teléfono:** de contacto, de la institución notificante.

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos: nombres y apellidos del paciente. **Nacionalidad:** del paciente. **Tipo y N° de documento:** describir si se trata de Cédula de identidad, pasaporte u otro tipo de documento. Escribir el número completo. **Edad:** escribir la edad y aclarar si es años o meses. **Sexo:** marcar con una (X) si es F (femenino) o M (masculino). **Ocupación:** escribir a que actividad se dedica. **Lugar de trabajo:** escribir donde trabaja (país/ciudad). **Domicilio actual:** Departamento, Distrito, Localidad/Barrio, Dirección (calles/referencia), N° de vivienda, registrar detalladamente la dirección donde reside el paciente, para eventualmente ubicarlo. **Tipo de localidad donde reside:** marcar con una (X) si es área urbana, rural o periurbana. **Teléfono actual:** Número de teléfono para contactar con el sospechoso y/o responsable del mismo. Línea baja o celular, donde ubicar al paciente. **Teléfono alternativo:** número telefónico de algún contacto cercano, mediante el cual el paciente pueda ser ubicado en caso de no responder al teléfono dado como referencia.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS:

Viajó al extranjero: marcar con una (X) Si o No. En caso de afirmación, responder a qué **País y Ciudad**. **Fecha de salida:** en formato de fecha DD/MM/AA, constar la fecha en que salió del país de residencia. **Fecha de regreso:** en formato de fecha DD/MM/AA constar la fecha en que regresó al país de residencia. **Medio de transporte:** marcar con una (X) cual fue el medio de transporte utilizado para su viaje fuera del país. **Punto de entrada al país:** escribir cual fue la puerta de ingreso o entrada a nuestro país (ejemplo: Aeropuerto Internacional Silvio Pettrossi, Paso fronterizo Ciudad del este, Puerto de Asunción, etc.).

EPISODIOS ANTERIORES:

Antecedentes de malaria o paludismo: marcar con una (X) si tuvo o no algún cuadro anterior de malaria. En caso de haber padecido anteriormente; **Último episodio:** se registra en formato de fecha DD/MM/AA el último cuadro de malaria que tuvo. **Especie de plasmodium:** si el paciente sabe, escribir cual fue la especie de plasmodium que lo afectó en último episodio de malaria (*P. vivax*, *P. falciparum*, etc). **Recibió tratamiento:** en caso de haber padecido anteriormente de malaria, marcar con una (X) si o no recibió tratamiento específico. **Cual:** mencionar cual fue el medicamento o el tratamiento recibido anteriormente.

DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE:

Fecha de inicio de síntomas: campo obligatorio que se registra en formato de fecha DD/MM/AA. **Fecha de consulta:** registrar en formato de fecha DD/MM/AA cuando realizó su primera consulta. **Síntomas:** Marcar con una (X) uno o más signos y síntomas observados. **Otros síntomas:** describir otros síntomas observados, que no se detallan en la opción anterior. **Hospitalización:** marcar con una (X) si o no ingresó como hospitalizado. En caso de haber ingresado como hospitalizado, completar los siguientes ítems; **Fecha de hospitalización:** se registra en formato de fecha DD/MM/AA. **Establecimiento:** Nombre de la Institución/Establecimiento de Salud en donde el caso está internado. **Óbito:** marcar con (X) si/no. En caso de óbito, completar **Fecha de óbito** en formato de fecha DD/MM/AA.

DATOS DE LABORATORIO:

Registrar los valores de laboratorio del Servicio responsable del diagnóstico. **Tipo de muestra:** completar los datos en la línea que corresponda al tipo de prueba realizada (gota gruesa, tira rápida, PCR). **Fecha de Toma de muestra:** se registra en formato la fecha DD/MM/AA de toma de muestra para el diagnóstico etiológico. **Fecha de envío:** se registra en formato la fecha DD/MM/AA de envío de la muestra, al Laboratorio que realizará el diagnóstico. **Fecha de resultado:** se registra en formato la fecha DD/MM/AA en que emite el resultado. **Servicio:** nombre de la institución o el laboratorio que emite el resultado. **Responsable:** Nombre y apellido del profesional responsable del diagnóstico. **Especie:** escribir la especie de plasmodium detectada. **Densidad parasitaria:** describir la densidad parasitaria resultante (solo aplica para gota gruesa).

CLASIFICACIÓN DEL CASO: marcar con X si el caso se clasifica como sospechoso, descartado o confirmado.