



Código de Identificación	Fecha de conocimiento a nivel local ____/____/____	Fecha de notificación del Establecimiento ____/____/____	Fecha de Investigación ____/____/____	Fecha de Notificación a la DISA/DIRESA ____/____/____	Fecha de Notificación Nacional ____/____/____
---------------------------------	---	---	--	--	--

I. DATOS GENERALES

Nombre del establecimiento: _____

DIRESA/DISA..... Red Microred.....

Ubicación: Localidad _____ Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____

Captado: Servicio Emergencia S. Hospitalización Consulta Externa Otros.....

Notificación Regular [] Búsqueda Activa [] Situación de Riesgo [] Investigación de Brote [] Otros _____

II. DATOS DEL PACIENTE

Nombres: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento:/...../..... Lugar de Nacimiento: _____

Edad: _____ Años () Meses () Sexo: M [] F [] DNI..... Embarazada: Si [] No []

Grado de instrucción: Inicial [] Primaria [] Secundaria [] Superior [] Sin instrucción []

Seguro: SIS [] EsSalud [] Otros: Ocupación:

PROCEDENCIA **DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL**

Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____

Localidad _____ Centro Poblado _____ Telefono/Célular _____

Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, vecinos, jefe o patrón, lugar de trabajo, etc.....)

Etnia: Mestizo [] Afrodescendiente [] Andino [] Indígena Amazónico [] Asiático descendiente [] Otros _____

Procedencia Habitual: Urbana [] Urbana marginal [] Rural Campesina [] Campamento []

III. FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO

3.1 Fecha de la intoxicación ____/____/____ 3.2. Hora A.M [] P.M []

3.3 Lugar de ocurrencia de la Intoxicación: 1. Casa [] 2. Escuela [] 3. Trabajo []

4. Especificar el lugar de trabajo..... 5. Otros (especificar)

3.4 Ubicación en donde se intoxicó:

DIRECCION	Localidad / Caserio / Anexo	Distrito	Provincia
_____	_____	_____	_____

3.5 Alimentos involucrados en la exposición (especificar):.....

3.6 Tipo de producto 1. Plaguicida [] 2. Otros (especificar)

3.7 Nombre del producto: 3.8. Concentración 3.9. Presentación

3.10 Cantidad utilizada: 3.11. Donde lo obtuvo

3.12 Circunstancia de Intoxicación: 1. Laboral [] 2. Accidental No Laboral [] 3. Voluntaria (Intencional Suicida) []

4. Provocada (Intento de homicidio) [] 5. Otros..... 6. Desconocida []

3.13 Actividad que realizaba en el momento de la Exposición/Intoxicación (Elija una o si es múltiple):

1. Producción-Formulación-Síntesis []	2. Almacenamiento/Distribución/Expendio []	3. Uso Agrícola []
4. Uso en Salud Pública []	5. Mantenimiento de Equipo []	6. Uso humano []
7. Uso domiciliario []	8. Uso veterinario []	9. Reentrada en cultivo []
10. Manejo de plaguicidas sin protección []	11. Mezcla - Recarga []	12. Transporte []
13. Otros (especificar).....	14. Realiza buenas prácticas en el manejo de plaguicidas 1. Si () 2. No ()	

3.14 Tiempo de exposición:..... (Años), (Meses), (Días), (Horas), (Minutos)

IV. VÍA DE EXPOSICIÓN

1. Oral [] 2. Piel [] 3. Mucosas - Ocular- Otras [] 4. Respiratoria [] 5. Desconocida []

V. CUADRO CLÍNICO: Fecha de consulta:/...../..... **Inicio de Síntomas**/...../..... **SE:**

Sistémico: []		Si [1]	No [2]		
1. Náuseas []	2. Vómitos []	3. Dolor Abdominal []	4. Incontinencia de esfínteres []	5. Cefalea []	
6. Diarreas []	7. Miosis []	8. Sudoración []	9. Temblor de manos y otras partes []	10. Cianosis []	
11. Midriasis []	12. Mareos []	13. Bradicardia []	14. Trastorno de la conciencia []	15. Disnea []	
16. Convulsiones []	17. Polipnea []	18. Rash Dérmico []	19. Sibilancias []		
20. Debilidad muscular en miembros inferiores []	21. Debilidad músculos proximales: []	22. Insuficiencia respiratoria []			
23. Otros	24. No presento síntomas []				
25 Tipo de Intoxicación	1. Leve []	2. Moderada []	3. Grave []		

VI. ANTECEDENTES:

6.1. Intoxicaciones anteriores: 1. Si [] 2. N° Veces 3. No [] 6.2. Fecha:/...../..... 6.3. Lugar: 1. Casa () 2. Escuela ()
3. Trabajo () 4. Otros (Especificar) (.....) 5. Observaciones:.....

6.4. Causa (s) 1. Laboral () 2. Accidental No Laboral () 3. Voluntario (Intencional) () 4. Provocado (Homicidio) () 5. Otros.....

VII. EXÁMENES TOXICOLÓGICOS: Nombre del laboratorio Se tomo muestra: 1. Si [] 2. No []

Tipo de muestra: 1. Sangre [] 2. Otros Fecha de toma de muestra:/...../.....

Fecha de envío de laboratorio/...../..... Fecha de recepción de laboratorio/...../.....

Test de Colinesterasa: 1. Si [] 2. No [] Resultado: % U/Lt Método

Otros exámenes de Plaguicidas: 1. Si [] 2. No [] Indique cual: Servicio:.....

Fecha del último examen ocupacional:...../...../.....

VIII. Destino del intoxicado 1. Ambulatorio [] 2. Emergencia [] 3. Hospitalizado [] Fecha:...../...../..... 3.1. Servicio (especificar).....
4. Su casa [] 5. Trabajo [] 6. Médico Legal (fallecido) []

IX. Tratamiento recibido:

Oral Dosis: Parenteral Dosis

Antídoto Evaluación de secuelas

X. Evolución del intoxicado 1. Recuperado [] 2. Transferido [] 3. Alta: Fecha/...../.....
4. Fallecido [] 4.1. Fecha de defunción/...../..... Causa básica de la muerte (CIE-10)

XI. Diagnóstico Final

1. Confirmación clínico- epidemiológica [] 2. Confirmación por laboratorio 1. Si [] 2. No []
3. Descartado [] 4. Otros:.....

XII. Fecha del período de la investigación/...../...../...../.....

XIII. Nombre del Investigador Firma

Médico [] Enfermera [] Otros (especif) Teléfono Celular

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA - Lima - Perú
Correo: notificacion@dge.gob.pe computo@dge.gob.pe