

ANEXO 1



USO EXCLUSIVO ISP  
Registro CISP  
Registro del Lab.  
Fecha de Recepción  
N° de Muestra

FORMULARIO ENVIO DE MUESTRAS  
SOSPECHA DE LEPTOSPIROSIS

1.- ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino RUT \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_

2.- ANTECEDENTES CLINICOS

<p>DIAGNOSTICO</p> <p>Fecha Inicio de síntomas _____</p> <p>Tratamiento antibiótico _____</p> <p>Fecha inicio del Tratamiento _____</p>	<p>TIPO DE CONTACTO</p> <p><input type="checkbox"/> ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> recreacional</p> <p><input type="checkbox"/> Inmersión</p> <p><input type="checkbox"/> agua contaminada</p> <p><input type="checkbox"/> con animales (indicar) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Viaje extranjero</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p>	<p>SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES</p> <p><input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> vómitos</p> <p><input type="checkbox"/> artralgias <input type="checkbox"/> meningitis</p> <p><input type="checkbox"/> ictericia <input type="checkbox"/> conjuntivitis</p> <p><input type="checkbox"/> exantema <input type="checkbox"/> compr. Sensorial</p> <p><input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> dolor abdominal</p> <p><input type="checkbox"/> mialgias <input type="checkbox"/> falla renal</p> <p><input type="checkbox"/> cefalea <input type="checkbox"/> falla hepática</p> <p><input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> sin síntomas</p> <p><input type="checkbox"/> petequias <input type="checkbox"/> fallecido</p>
---	--	---

3.- ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

Tipo de Muestra  Suero  Sangre Otra indicar \_\_\_\_\_

N° de Muestra  1ª muestra  2ª muestra  3ª muestra Fecha de Toma \_\_\_\_\_

Examen Solicitado  ELISA  MAT

4.- ANTECEDENTES TECNICOS LABORATORIO LOCAL

EXAMEN REALIZADO	REACTIVO USADO	N° DE LOTE	RESULTADO
ELISA			
MICROHEMAGLUTINACION			
OTRO (indicar)			

5.- PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

Nombre del Establecimiento \_\_\_\_\_ Servicio de Salud \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_ Fono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Profesional Responsable \_\_\_\_\_ Servicio Clínico \_\_\_\_\_

6.- OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

7.- INSTRUCCIONES LLENADO DEL FORMULARIO

- ✓ Complete el formulario con letra legible
- ✓ La recepción de muestras se realiza en la sección CISP de lunes a jueves de 8.00 a 16.00 horas y viernes de 8.00 a 15.00 horas.
- ✓ CISP Fono 3507 247 o 3507 248
- ✓ Este formulario puede ser obtenido a través del sitio web : [www.ispch.cl](http://www.ispch.cl)

Solicitud de envío de resultado  Correo  Fax \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

**Anexo 2**  
**Formulario de Notificación Inmediata e Investigación**  
**de caso de Leptospirosis (CIE 10: A27)**

<b>SEREMI REGION</b>		<input type="text"/>		código	<input type="text"/>
<b>SERVICIO SALUD</b>		<input type="text"/>		código	<input type="text"/>
<b>OFICINA PROVINCIAL</b>		<input type="text"/>		código	<input type="text"/>
<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<input type="text"/>		código	<input type="text"/>
<b>SEMANA ESTADISTICA</b>		<input type="text"/>		código	<input type="text"/>
<b>FECHA NOTIFICACIÓN a la SEREMI</b>		<input type="text"/>		<b>FECHA VALIDACIÓN SEREMI envío a MINSAL</b>	
<b>MEDICO TRATANTE</b>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>NOMBRE DE LA PERSONA QUE NOTIFICA</b>		<input type="text"/>		<b>RUT</b>	
<b>TELEFONO</b>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>IDENTIFICACION DEL CASO</b>					
<b>APELLIDO PATERNO</b>			<b>APELLIDO MATERNO</b>		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<b>NOMBRES</b>					
<input type="text"/>					
<b>RUT</b>			<b>TELEFONO</b>		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<b>SEXO</b>		<b>FECHA NACIMIENTO</b>		<b>EDAD</b>	
Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Masculino	<input type="text"/>			años    meses    días	
<b>CONDICIÓN DE ACTIVIDAD</b>		<b>OCUPACIÓN</b>			
Activo	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Inactivo	<input type="text"/>				
<b>CATEGORIA OCUPACIONAL:</b>		<input type="text"/>			
<b>DIRECCIÓN PARTICULAR</b>		<input type="text"/>			
Calle		Número		Depto.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Población, villa u otro		código postal		ciudad o localidad comuna	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>TELEFONO</b>		<b>Pertenencia declarada a algún pueblo originario</b>			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<b>NACIONALIDAD</b>					
<input type="text"/>					
<b>INFORMACIÓN CLINICA</b>					
<b>Nº Historia Clínica</b>		<input type="text"/>		<b>Fecha de primeros síntomas</b>	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
<b>Fecha primera consulta</b>		<input type="text"/>		<b>Fecha de hospitalización</b>	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
<b>Semana estadística</b>		<input type="text"/>		<b>Oportunidad de la hospitalización</b>	
<input type="text"/>				días	
<b>Lugar hospitalización</b>		<input type="text"/>			
<b>Establecimiento derivación</b>		<input type="text"/>			
<b>Signos y Síntomas</b>					
Fiebre de inicio brusco	Si	No	Diarrea	Si	No
Cefalea	Si	No	Náuseas	Si	No
Mialgias	Si	No	Vómitos	Si	No
Artalgias	Si	No	Dolor abdominal	Si	No
Irritación conjuntival	Si	No	Manif. hemorrágicas pulmonares	Si	No
Irritación meníngea	Si	No	Manif. Hemorrágicas intestinales	Si	No
Anuria / Oliguria / Proteinuria	Si	No	Arritmia cardíaca	Si	No
Ictericia	Si	No	Disnea	Si	No
<b>Presentación Clínica</b>					
<b>Anictérica sin meningitis</b>		<input type="text"/>		<b>Fallece:</b> Si No	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
<b>Anictérica con meningitis</b>		<input type="text"/>		<b>Fecha</b>	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	

**INFORMACIÓN DE LABORATORIO**

1º Muestra de Sangre / Suero	Si	No	Fecha toma muestra	
2º Muestra de Sangre / Suero	Si	No	Fecha toma muestra	
Fecha envío al ISP			Fecha resultado ISP	
Examen realizado	ELISA	MAT	Otro	
Resultado 1				
Resultado 2				
Muestra de LCR	Si	No	Fecha toma muestra	
Fecha envío al ISP			Fecha resultado ISP	
Examen realizado	ELISA	MAT	Otro	
Resultado				

**INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA**

**a. Factores de Riesgo**

Persona que responde encuesta: \_\_\_\_\_

Trabajador agrícola	Si	No
Trabajador de arrozales	Si	No
Trabajador de la construcción	Si	No
Trabajador minero	Si	No
Trabajador forestal	Si	No
Trabajador matadero / frigorífico	Si	No
Trabajadores alcantarillado, letrinas o desagües	Si	No
Recolector de residuos y / basuras	Si	No
Otro: _____	Si	No
Antecedentes de infestación murina en domicilio	Si	No
Antecedentes de infestación murina en laboral	Si	No

**b) Actividades realizadas en los 30 días previos**

Bañista río / laguna / estanque	Si	No	Lugar	
Contacto con roedores/secreciones	Si	No	Lugar	
Exposición a agua y lodo de des. animales	Si	No	Lugar	
Contacto con orina de perros	Si	No	Lugar	
Contacto con orina de cerdos	Si	No	Lugar	
Contacto con orina de bovinos/caballos	Si	No	Lugar	

**c) En los 30 días previos contacto con:**

Aguas estancadas	Si	No	Lugar	
Zonas inundadas	Si	No	Lugar	
Limpieza cloacas / alcantarillas / pozos sépticos	Si	No	Lugar	

**d) Puerta de Entrada**

Piel (excoriada o heridas)	Si	No		
Mucosa ( contacto con agua, lodo u otro)	Si	No		
Ingestión alimentos o agua contaminada	Si	No	Otro	

**e) Identificación Expuestos y otros casos**

Existen otras personas expuestas	Si	No	Nº expuestos	
Existen personas enfermas (fiebre últimos 10 días)	Si	No	Nº enfermos	

Observaciones : \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE ACTIVIDADES EPIDEMIOLOGICA**

**Visita Epidemiológica**

Nº	Fecha	Hora Inicio	Hora Fin	Si	No	Nombre responsable	Investigación

**Entrevista o Encuesta Epidemiológica**

Nº	Entrevista o Encuesta	Responsable de la entr. o encuesta	Hora Inici	Hora Fin	Si	No

**Actividades Educativas**

Individual Nº	Hora Inicio	Hora Fin	Si	No	Nombre responsable actividad
Colectiva Nº	Hora Inicio	Hora Fin	Nombre responsable actividad		

**Búsqueda Activa**

	Si	No
--	----	----

Búsqueda Activa		Si	No
N° Registros revisados	Hora Inicio	Hora Fin	Nombre responsable actividad

  

N° Encuestas realizadas	Hora Inicio	Hora Fin	Nombre responsable actividad

**CLASIFICACIÓN FINAL**

Descartado   
 Confirmado

Diagnóstico

A270	Leptospirosis icterohemorrágica
A278	Otras formas de leptospirosis
A279	Leptospirosis, no especificada

Laboratorio

Cultivo  
 Microaglutinación (MAT)  
 ELISA

No es confirmatorio

Nexo epidemiológico   
 Biopsia   
 Autopsia   
 Clínica

País de contagio

Chile   
 Extranjero   
 País

Observaciones :

Nombre de la persona que realiza la investigación: \_\_\_\_\_



SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
DIVISION PLANIFICACION SANITARIA  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

**ANEXO N° 1  
FORMULARIO DE NOTIFICACION INMEDIATA PARA CASOS SOSPECHOSOS DE  
LEPTOSPIROSIS**

S. SALUD NOTIFICA: \_\_\_\_\_ FECHA NOTIFICACIÓN \_\_/\_\_/\_\_ (al Servicio de Salud)

FECHA NOTIFICACIÓN \_\_/\_\_/\_\_ (al MINSAL)

ESTABLECIMIENTO: _____	Fono: _____	Fax: _____
DIRECCIÓN: _____		CIUDAD: _____
MEDICO TRATANTE: _____		

<u>ANTECEDENTES DEL CASO</u>		RUT del paciente: _____
Nombres: _____		
Apellido Paterno: _____		Apellido Materno: _____
Fecha de Nacimiento: __/__/__	Edad: _____	Sexo: ( ) Hombre ( ) Mujer
Ocupación: _____	Dirección: _____	
Ciudad: _____	Comuna: _____	
<u>FACTORES DE RIESGO (Puede ser más de uno)</u>		
1. ( ) Trabajador agrícola/Forestal /Arrozal	2. ( ) Trabajador de la construcción/alcantarillado	
3. ( ) Trabajador matadero/frigorífico	4. ( ) Minero	
5. ( ) Recolector de residuos o basuras	6. ( ) Infestación roedores casa o lugar de trabajo	
7. ( ) Contacto (consumo o nado) con aguas estancadas	8. ( ) Otro (especifique) _____	
<u>LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN:</u> _____		COMUNA _____
URBANO ( ) RURAL ( )	S. SALUD OCURRENCIA: _____	
<u>ANTECEDENTES CLÍNICOS:</u>		
Fecha de primeros síntomas: __/__/__	Fecha de 1° Consulta __/__/__	
Fecha de Hospitalización: __/__/__	Establecimiento: _____	
Estado del Paciente: Cuadro Grave ( )		
Cuadro Leve ( )		
Diagnóstico Clínico: _____		
Signos y Síntomas (Marque con una X lo que corresponda a):		
Fiebre inicio brusco Si ( ) No ( )	Diarrea Si ( ) No ( )	Dolor Abdominal Si ( ) No ( )
Cefalea Si ( ) No ( )	Nauseas Si ( ) No ( )	Arritmia Cardiaca Si ( ) No ( )
Mialgia: Si ( ) No ( )	Vómitos Si ( ) No ( )	Disnea Si ( ) No ( )
Irritación Conjuntival Si ( ) No ( )	Ictericia Si ( ) No ( )	Irritación Meníngea Si ( ) No ( )
<u>EXAMENES DE LABORATORIO</u>		
Sangre total sin anticoagulante (5 cc) 1ª Muestra	Fecha: __/__/__	Fecha Envío ISP __/__/__
Sangre total sin anticoagulante (5 cc) 2ª Muestra	Fecha: __/__/__	Fecha Envío ISP __/__/__
Suero (2 cc)	Fecha: __/__/__	Fecha Envío ISP __/__/__

Nombre de la persona que notifica \_\_\_\_\_