

ANEXO 1



ISO EXCLUSIVO ISP
Región CISP
Región de La
Región de Biobío
Región de Valparaíso
Región de Antofagasta

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

DIAGNOSTICO Fecha inicio de síntomas Tratamiento antibiótico Fecha inicio del Tratamiento	TIPO DE CONTACTO ☐ ocupacional ☐ recreacional ☐ inmersión ☐ agua contaminada ☐ con animales (indicar) ☐ Viaje extranjero ☐ Otro	SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES ☐ fiebre ☐ vómitos ☐ artralgias ☐ meningitis ☐ ictericia ☐ conjuntivitis ☐ exantema ☐ comp. Sensorial ☐ tos ☐ dolor abdominal ☐ inyecciones ☐ falla renal ☐ cefalea ☐ falla hepática ☐ diarrea ☐ sin síntomas ☐ petequias ☐ fallecido
---	--	---

3.- ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

Tipo de Muestra	☐ Suero ☐ Sangre	Otra indicar
Nº de Muestra	☐ 1ª muestra ☐ 2ª muestra ☐ 3ª muestra	Fecha de Toma
Examen Solicitado	☐ ELISA ☐ MAT	

4.- ANTECEDENTES TECNICOS LABORATORIO LOCAL

EXAMEN REALIZADO	REACTIVO USADO	Nº DE LOTE	RESULTADO
ELISA			
MICROHEMAGLUTINACION			
OTRO (indicar)			

6.- PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

Nombre del Establecimiento	Servicio de Salud
Dirección	Ciudad
Comuna	Fono
Profesional Responsable	Servicio Clínico

5.- 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

Solicitud de envío de resultado ☐ Correo ☐ Fax ☐ número

Lab. Leptospira, Sección Espiroquetas, fono 3507407, fono/fax 3507586 correo electronico semas@ispch.cl

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

SEREMI REGION		código	
SERVICIO SALUD		código	
OFICINA PROVINCIAL		código	
ESTABLECIMIENTO		código	
SEMANA ESTADISTICA			
FECHA NOTIFICACIÓN a la SEREMI		FECHA VALIDACIÓN SEREMI envío a MINSAL	
MEDICO TRATANTE			
NOMBRE DE LA PERSONA QUE NOTIFICA		RUT	
TELEFONO			
IDENTIFICACION DEL CASO			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES			
RUT		TELEFONO	
SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	
Femenino ☐		años meses días	
Masculino ☐			
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD		OCUPACIÓN	
Activo ☐			
Inactivo ☐			
CATEGORIA OCUPACIONAL			
DIRECCIÓN PARTICULAR			
Calle	Número	Depto.	
Población, villa u otro	código postal	ciudad o localidad	comuna
TELEFONO		Pertenencia declarada a algún pueblo originario	
NACIONALIDAD			
INFORMACIÓN CLINICA			
Nº Historia Clínica		Fecha de primeros síntomas	
Fecha primera consulta		Fecha de hospitalización	
Semana estadística		Oportunidad de la hospitalización	días
Lugar hospitalización			
Establecimiento derivación			
Signos y Síntomas			
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 cardiaca	Si No
Ictericia	Si No	Disnea	Si No
Presentación Clínica			
Anictérica sin meningitis		Fallece:	Si No
Anictérica con meningitis		Fecha	

INFORMACIÓN DE LABORATORIO

1ª Muestra de Sangre / Suero	Si	No	Fecha toma muestra	
2ª 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 Inicio	Hora Fin	Si	No

Actividades Educativas

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

Búsqueda Activa

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

Búsqueda Activa		Si	No
Nº Registros revisados	Hora Inicio	Hora Fin	Nombre responsable actividad
Nº Encuestas realizadas	Hora Inicio	Hora Fin	Nombre responsable actividad

CLASIFICACIÓN FINAL

Descartado		Diagnóstico	A270	Leptospirosis icterohemorrágica
Confirmado			A278	Otras formas de leptospirosis
			A279	Leptospirosis, no especificada
Laboratorio		Cultivo		
		Microaglutinación (MAT)		
		ELISA		No es confirmatorio
Nexo epidemiológico				
Biopsia				
Autopsia				
Clinica				
		País de contagio	Chile	
			Extranjero	
			País	

Observaciones :

Nombre de la persona que realiza la investigación: _____