

**ANEXO 1**

 GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD	 <b>ISP</b> INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE																
<b>USO EXCLUSIVO ISP</b> Registro CISP Registro del Lab. Fecha de Recepción N° de Muestra																	
<b>FORMULARIO ENVIO DE MUESTRAS</b> <b>SOSPECHA DE LEPTOSPIROSIS</b>																	
<b>1.-ANTECEDENTES DEL PACIENTE</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">NOMBRE</td> <td style="width: 33%;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%;">APELLIDO MATERNO</td> </tr> <tr> <td>Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</td> <td>RUT</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fecha Nacimiento</td> <td>Edad</td> <td>Ocupación</td> </tr> <tr> <td>Domicilio</td> <td>Comuna</td> <td></td> </tr> </table>		NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	RUT		Fecha Nacimiento	Edad	Ocupación	Domicilio	Comuna					
NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO															
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	RUT																
Fecha Nacimiento	Edad	Ocupación															
Domicilio	Comuna																
<b>2.- ANTECEDENTES CLÍNICOS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIAGNÓSTICO</td> <td style="width: 33%;">TIPO DE CONTACTO</td> <td style="width: 33%;">SÍGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> ocupacional <input type="checkbox"/> recreacional <input type="checkbox"/> inmersión <input type="checkbox"/> agua contaminada <input type="checkbox"/> con animales (Indicar) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Viaje extranjero <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> artralgias <input type="checkbox"/> ictericia <input type="checkbox"/> exantema <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> mialgias <input type="checkbox"/> cefalea <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> petequilas <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> meningitis <input type="checkbox"/> conjuntivitis <input type="checkbox"/> compr. Sensorial <input type="checkbox"/> dolor abdominal <input type="checkbox"/> falla renal <input type="checkbox"/> falla hepática <input type="checkbox"/> sin síntomas <input type="checkbox"/> fallecido</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DIAGNÓSTICO	TIPO DE CONTACTO	SÍGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ocupacional <input type="checkbox"/> recreacional <input type="checkbox"/> inmersión <input type="checkbox"/> agua contaminada <input type="checkbox"/> con animales (Indicar) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Viaje extranjero <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> artralgias <input type="checkbox"/> ictericia <input type="checkbox"/> exantema <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> mialgias <input type="checkbox"/> cefalea <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> petequilas <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> meningitis <input type="checkbox"/> conjuntivitis <input type="checkbox"/> compr. Sensorial <input type="checkbox"/> dolor abdominal <input type="checkbox"/> falla renal <input type="checkbox"/> falla hepática <input type="checkbox"/> sin síntomas <input type="checkbox"/> fallecido	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			
DIAGNÓSTICO	TIPO DE CONTACTO	SÍGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES															
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ocupacional <input type="checkbox"/> recreacional <input type="checkbox"/> inmersión <input type="checkbox"/> agua contaminada <input type="checkbox"/> con animales (Indicar) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Viaje extranjero <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> artralgias <input type="checkbox"/> ictericia <input type="checkbox"/> exantema <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> mialgias <input type="checkbox"/> cefalea <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> petequilas <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> meningitis <input type="checkbox"/> conjuntivitis <input type="checkbox"/> compr. Sensorial <input type="checkbox"/> dolor abdominal <input type="checkbox"/> falla renal <input type="checkbox"/> falla hepática <input type="checkbox"/> sin síntomas <input type="checkbox"/> fallecido															
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<b>3.- ANTECEDENTES DE LA MUESTRA</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Tipo de Muestra</td> <td style="width: 33%;">Suelo</td> <td style="width: 33%;">Sangre</td> </tr> <tr> <td>Nº de Muestra</td> <td><input type="checkbox"/> 1<sup>a</sup> muestra</td> <td><input type="checkbox"/> 2<sup>a</sup> muestra</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 3<sup>a</sup> muestra</td> <td>Fecha de Toma <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Examen Solicitado</td> <td><input type="checkbox"/> ELISA</td> <td><input type="checkbox"/> MAT</td> </tr> </table>		Tipo de Muestra	Suelo	Sangre	Nº de Muestra	<input type="checkbox"/> 1 <sup>a</sup> muestra	<input type="checkbox"/> 2 <sup>a</sup> muestra		<input type="checkbox"/> 3 <sup>a</sup> muestra	Fecha de Toma <input type="text"/>	Examen Solicitado	<input type="checkbox"/> ELISA	<input type="checkbox"/> MAT				
Tipo de Muestra	Suelo	Sangre															
Nº de Muestra	<input type="checkbox"/> 1 <sup>a</sup> muestra	<input type="checkbox"/> 2 <sup>a</sup> muestra															
	<input type="checkbox"/> 3 <sup>a</sup> muestra	Fecha de Toma <input type="text"/>															
Examen Solicitado	<input type="checkbox"/> ELISA	<input type="checkbox"/> MAT															
<b>4.- ANTECEDENTES TÉCNICOS LABORATORIO LOCAL</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>EXAMEN REALIZADO</th> <th>REACTIVO USADO</th> <th>Nº DE LOTE</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELISA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MICROHEMAGLUTINACIÓN</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO (Indicar)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		EXAMEN REALIZADO	REACTIVO USADO	Nº DE LOTE	RESULTADO	ELISA				MICROHEMAGLUTINACIÓN				OTRO (Indicar)			
EXAMEN REALIZADO	REACTIVO USADO	Nº DE LOTE	RESULTADO														
ELISA																	
MICROHEMAGLUTINACIÓN																	
OTRO (Indicar)																	
<b>5.- PROCEDENCIA DE LA MUESTRA</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Nombre del Establecimiento</td> <td></td> <td>Servicio de Salud</td> </tr> <tr> <td>Dirección</td> <td></td> <td>Ciudad</td> </tr> <tr> <td>Comuna</td> <td>Fono</td> <td>Fax</td> </tr> <tr> <td>Profesional Responsable</td> <td></td> <td>Servicio Clínico</td> </tr> </table>		Nombre del Establecimiento		Servicio de Salud	Dirección		Ciudad	Comuna	Fono	Fax	Profesional Responsable		Servicio Clínico				
Nombre del Establecimiento		Servicio de Salud															
Dirección		Ciudad															
Comuna	Fono	Fax															
Profesional Responsable		Servicio Clínico															
<b>6.- OBSERVACIONES</b>																	
<b>7.- INSTRUCCIONES LLENADO DEL FORMULARIO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Complétate el formulario con letra legible</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> CISP Fono 3507 247 o 3507 248</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Este formulario puede ser obtenido a través del sitio web : <a href="http://www.ispch.cl">www.ispch.cl</a></li> </ul>																	
Solicitud de envío de resultado <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> numero <input type="text"/>																	
<i>Lab. Leptospira, Sección Espiroquetas, fono 3507407, fono/fax 3507536 correo electrónico <a href="mailto:semsiti@ispch.cl">semsiti@ispch.cl</a></i>																	

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

SEREMI REGION				
SERVICIO SALUD	código			
OFICINA PROVINCIAL	código			
ESTABLECIMIENTO	código			
SEMANA ESTADISTICA	código			
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				
Masculino				
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	OCUPACIÓN			
Activo				
Inactivo				
CATEGORIA OCUPACIONAL:				
DIRECCIÓN PARTICULAR				
Calle	Número		Dept.	
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
Artralgias	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

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 op desagües	Si	No	
Recolectador 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	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**  
Nº Registros revisados

	Hora Inicio	Hora Fin	Si	No	Nombre responsable actividad
Nº Encuestas realizadas					

**CLASIFICACIÓN FINAL**

Descartado   
Confirmado

Laboratorio

Nexo epidemiológico  
Biopsia  
Autopsia  
Clínica

Diagnóstico

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

Cultivo

Microaglutinación ( MAT)  
ELISA

No es confirmatorio

País de contagio

Chile  
Extranjero  
País

Observaciones :

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



SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
DIVISIÓN PLANIFICACIÓN SANITARIA  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

**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: _____		

**ANTECEDENTES DEL CASO**

Nombres: \_\_\_\_\_

RUT del paciente: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Hombre ( ) Mujer

Ocupación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO (Puede ser más de uno)**

- |   |   |
|---|---|
| 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) _____                     |

LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN: \_\_\_\_\_ COMUNA: \_\_\_\_\_

URBANO ( ) RURAL ( ) S. SALUD OCURRENCIA: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES CLÍNICOS:**

Fecha de primeros síntomas: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha de Hospitalización: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de 1º Consulta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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 ( ) |

**EXAMENES DE LABORATORIO**

Sangre total sin anticoagulante (5 cc) 1<sup>a</sup> Muestra Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha Envío ISP \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Sangre total sin anticoagulante (5 cc) 2<sup>a</sup> Muestra Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha Envío ISP \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Suero (2 cc) Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha Envío ISP \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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