

AREA DE INMUNOSEROLOGIA

RESPONSABLE: Blga. Carla Osorio Ramos

FUNCIONES DEL AREA

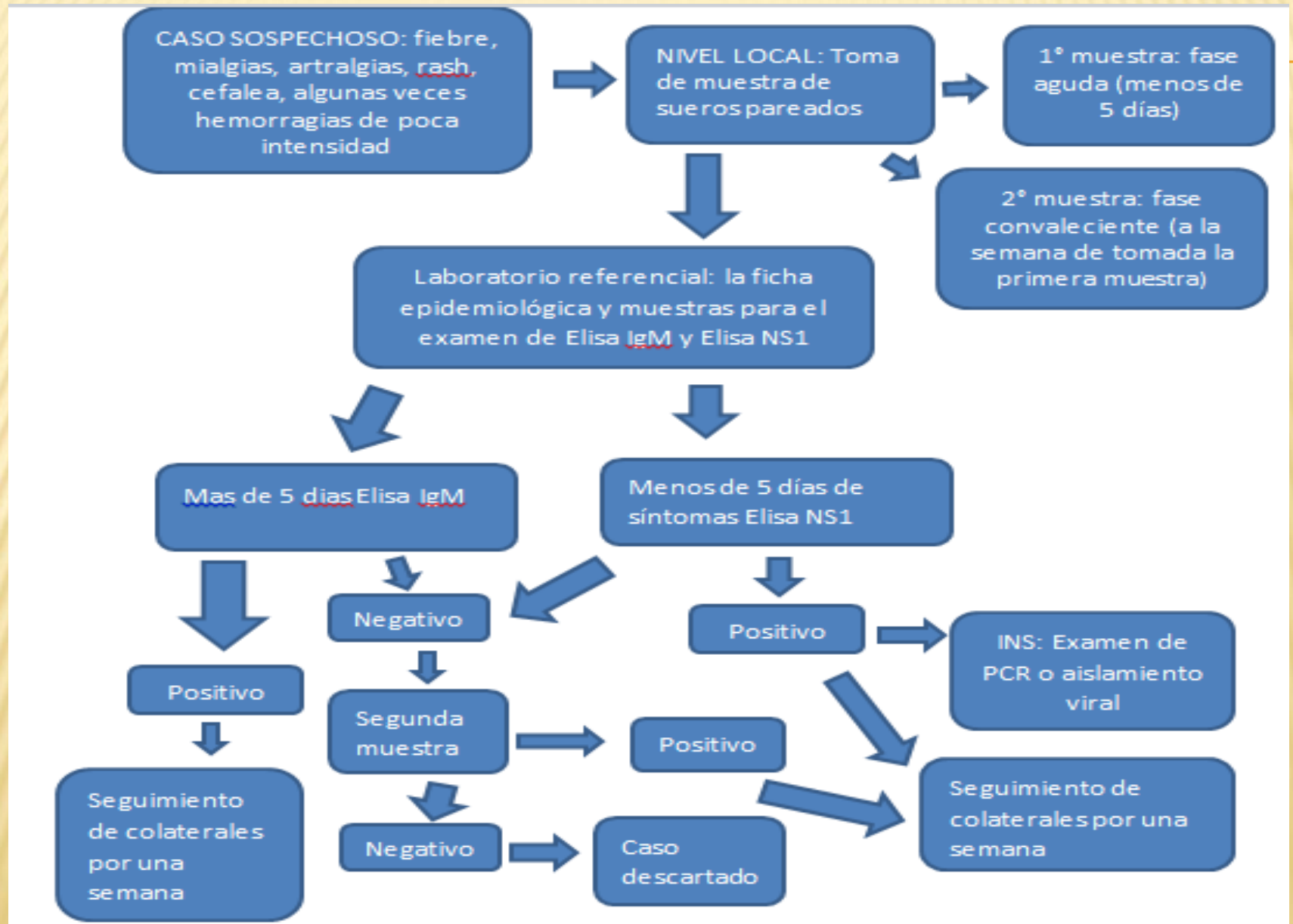
EL AREA DE INMUNOSEROLOGIA SE ENCUENTRA ABOCADO EN LAS SIGUIENTES FUNCIONES:

- ✕ CONTROL DE CALIDAD A PRUEBAS RAPIDAS DE TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS Y HEPATITIS REALIZADOS POR LOS LABORATORIOS LOCALES.**
- ✕ APOYO AL DIAGNOSTICO CON ANALISIS DE RUBEOLA, HEPATITIS, SIFILIS, VIH, DENGUE, FIEBRE AMARILLA, HIDATIDOSIS, CISTICERCOSIS Y BRUCELOSIS.**
- ✕ DIAGNOSTICO CONFIRMATORIO DE SIFILIS POR METODO TPHA.**
- ✕ PROPORCIONAR INFORMACION DE CALIDAD AL JEFE INMEDIATO**
- ✕ PROGRAMAR LA COMPRA DE INSUMOS, EQUIPOS, REACTIVOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL AREA.**
- ✕ OTRAS FUNCIONES DELEGADAS POR LA JEFATURA.**

EXAMENES QUE SE REALIZAN EN EL AREA DE INMUNOSEROLOGIA

ETIOLOGIA	PRUEBAS REALIZADAS	TIPO DE MUESTRA	CONSERVACION DE MUESTRA	DIAS DE RESULTADO
RUBEOLA	ELISA Ac - IgM	SUERO	4 – 8 °C	2 DIAS
VIH	ELISA	SUERO	4 – 8 °C	2 DIAS
SIFILIS	RPR - TPHA	SUERO	4 – 8 °C	2 DIAS
HEPATITIS	ELISA HBsAG, HBc.	SUERO	4 – 8°C	2 DIAS
DENGUE	ELISA NS1, IgM	SUERO	4 – 8°C	2 DIAS
FIEBRE AMARILLA	ELISA IgM	SUERO	4 – 8°C	2 DIAS
LEPTOSPIROSIS	ELISA	SUERO	4 – 8°C	2 DIAS
CISTICERCOSIS	ELISA IgG	SUERO	4 – 8°C	2 DIAS
HIDATIDOSIS	ELISA IgGY LATEX	SUERO	4 – 8°C	2 DIAS
BRUCELOSIS	ROSA DE BENGALA	SUERO	4 – 8°C	2 DIAS

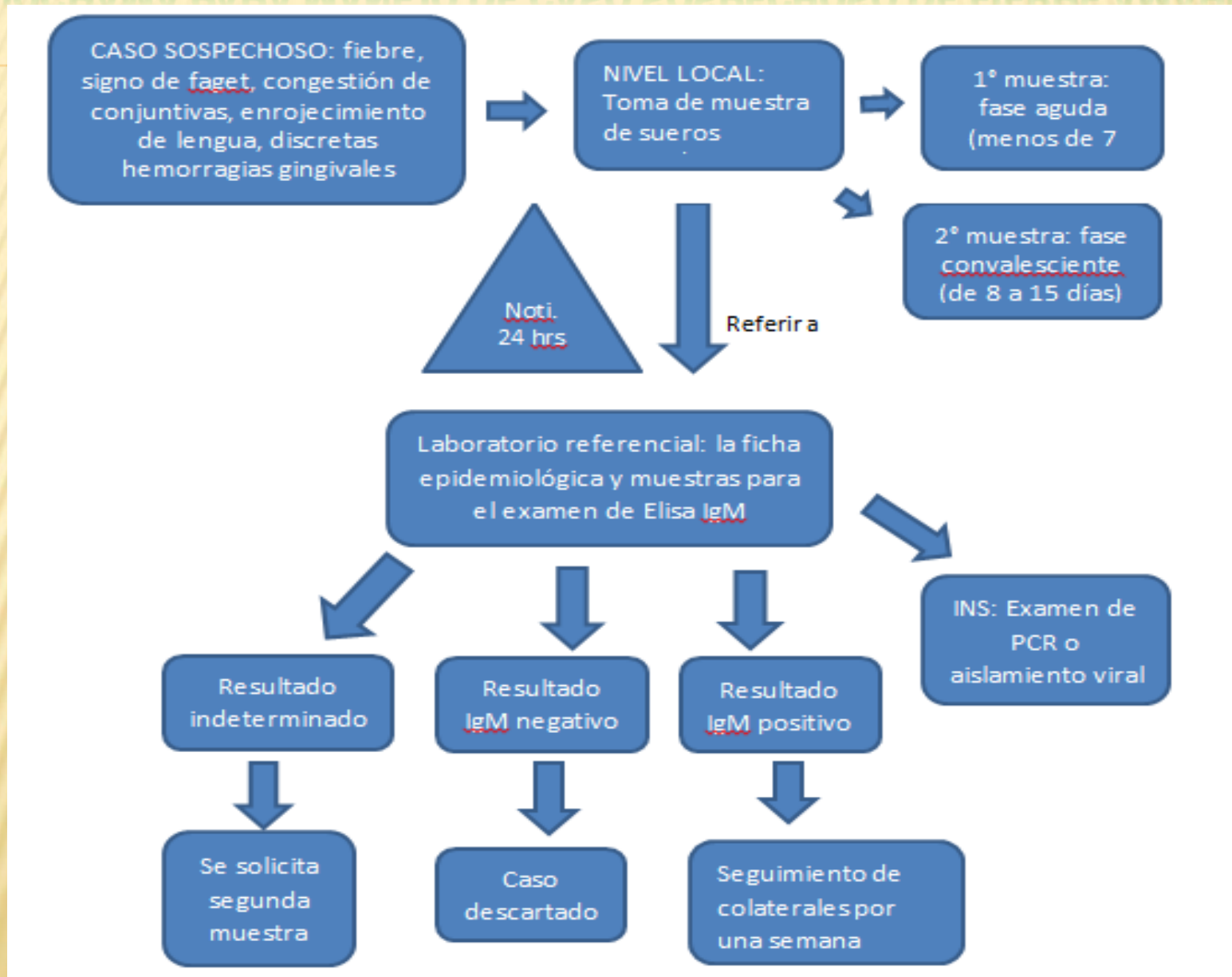
FLUJOGRAMA PARA MANEJO DE CASO SOSPECHOSO DE DENGUE



FICHA CLINICA DE DENGUE

DENGUE									
Ficha de investigación clínico epidemiológica									
DATOS GENERALES:					1. Fecha de investigación				
2. Dirección de Salud:					3. Red/ Micro Red/ Clas				
4. Establecimiento de salud notificante					E.S. I-1 ☐ E.S. I-2 ☐ E.S. I-3 ☐ E.S. I-4 ☐ E.S. II-1 ☐ E.S. II-2 ☐ E.S. III-1 ☐				
DATOS DEL PACIENTE					5. H.Clinica N°				
A. Patero		A. Materno		Nombres		7. D.N.I.		Fecha de nacimiento	
								M. F.	
10. Dirección		11. Localidad (A.H., Urb., Rural, etc.)		12. Distrito		13. Provincia		14. Departamento	
DATOS EPIDEMIOLÓGICOS									
Lugar donde probablemente se produjo la actual infección ¿En qué lugar o lugares estuvo en los últimos 14 días?									
15. Departamento		16. Provincia		17. Distrito		18. Localidad (Caa., A.H., Urb., Rural, etc.)		19. Para S.I.G.	
20. Tuvo dengue anteriormente: Si ☐ No ☐ Año									
21. Vacunación Antiamarilica: Si ☐ No ☐ Año									
DATOS CLÍNICOS									
22. Fecha de inicio de síntomas									
23. Fecha de obtención de muestra									
Signos y síntomas									
Manifestaciones de sangrado									
Señales de alarma									
Signos de choque									
EXAMENES DE LABORATORIO									
25. Aislamiento Viral									
26. Ig M (Título)									
27. Ig G (Título)									
28. Conclusión (positivo o negativo)									
29. Confirmado por Laboratorio									
30. Confirmado por Nueva Epidemiología									
31. Descartado									
I. EVOLUCIÓN									
2. El paciente fue hospitalizado: Si ☐ No ☐									
33. Evolución de la enfermedad:									
Favorable ☐ Faltado ☐ Referido ☐									
Fecha de fallecimiento									
II. CLASIFICACIÓN FINAL									
4. Dengue sin señales de alarma ☐									
35. Dengue con señal(es) de alarma ☐									
36. Dengue grave ☐									
III. PROCEDENCIA DEL CASO									
7. Autóctono ☐									
38. Importado nacional ☐									
39. Importado internacional ☐									
X. OBSERVACIONES									
C. INVESTIGADOR									
Nombre de la persona responsable									
Cargo									
Firma y Sello									

FLUJOGRAMA PARA MANEJO DE CASO SOSPECHOSO DE FIEBRE AMARILLA



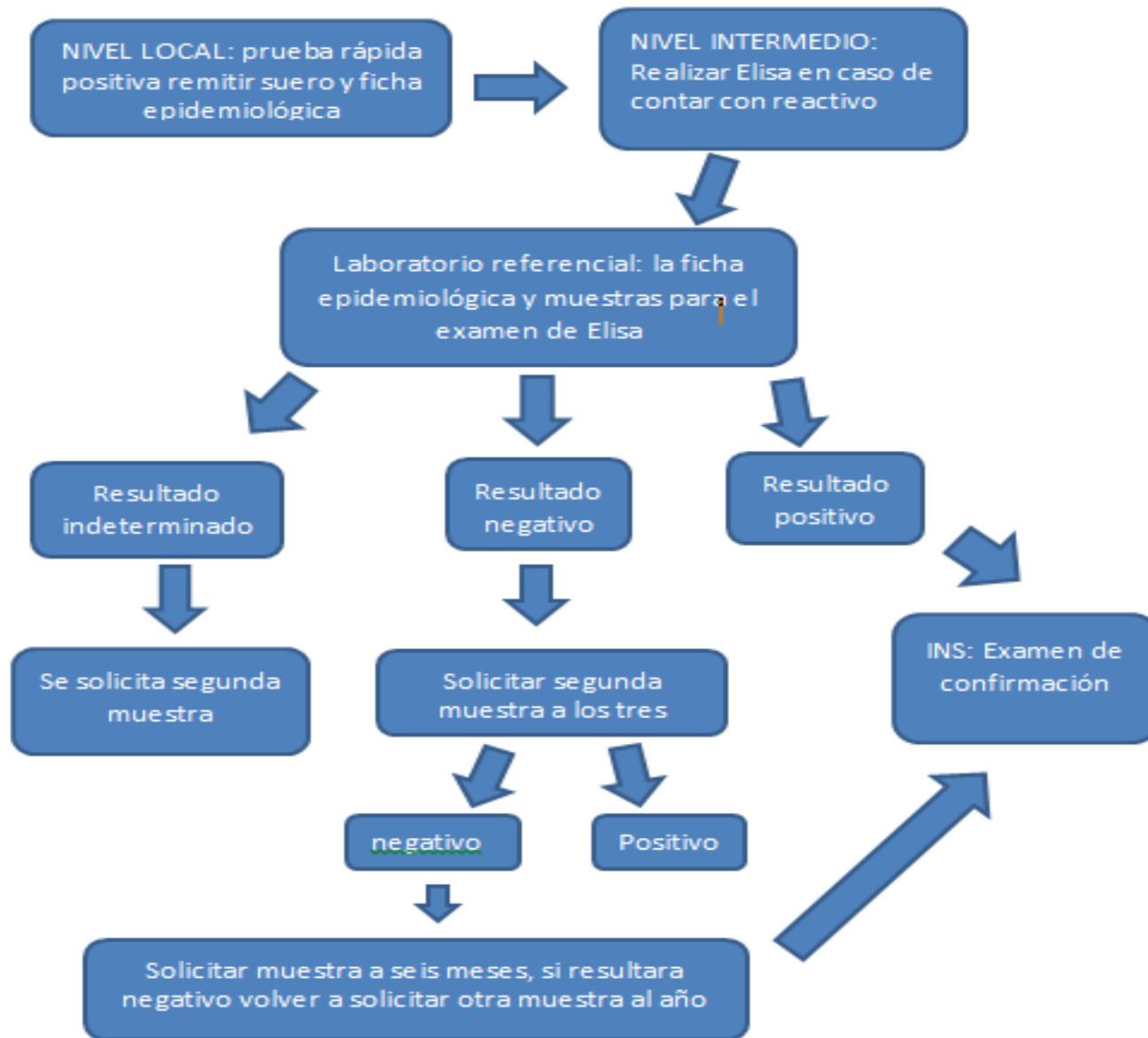
LISTA SPINICA DE FIERBE VIKKIEFF

* *See* 11 *Encyclopedia of Crime & Justice*, 44 *Janis*, 115 *Nov*.

Oficina General de Epidemiología - MINSA
Correo electrónico: notificacion@go.pe Teléfono: 01-4330003
Jr. Camilo Cabello 402 Jesús María Lima 11
Correos electrónicos: hipa@www.go.pe

Si usted desea recibir el cuestionario, envíe este recorte a: **Revista de la Educación**, P.O. Box 1000, Bogotá, D.C. 11001, Colombia. Tel: (57) 1 222 2222. Fax: (57) 1 222 2222. E-mail: revista@educacion.gov.co

FLUJograma PARA MANEJO DE CASO SOSPECHOSO DE VIH



FICHA EPIDEMIOLOGICA DE VIH



FICHA DE NOTIFICACION INDIVIDUAL DE CASO DE INFECCION VIH/SIDA

1. DIRECCION DE SALUD		2. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
3. INSTITUCION		4. NIVEL DE ESTABLECIMIENTO	
3.1 MINSA	3.2 SFP Y SFA	3.3 ESSALUD	3.4 PRIVADO
3.5 OTRO			
5. FECHA DE NOTIFICACION		6. CODIGO DEL PACIENTE	
5.1 ANAFARETA		5.2 PRIMARIA	
5.3 SECUNDARIA		5.4 TECNICA	
5.5 SUPERIOR		5.6 OTRO	
7. MOTIVO DE NOTIFICACION		8. GRADO DE INSTRUCCION	
7.1 INFECCION VIH		7.2 CASO DE SIDA	
7.3 FALLECIMIENTO		7.4 EXPOSICION PERINATAL	
7.5 SEROREVERSION		7.6 OTRO	
9. RESIDENCIA HABITUAL		10. VIA DE TRANSMISION	
9.1 DEPARTAMENTO		9.2 PROVINCIA	
9.3 DISTRITO		9.4 DISCONOCIDA	
11. LABORATORIO TAMIZAJE		12. LABORATORIO CONFIRMACION	
11.1 PRUEBA CONFIRMATORIA		11.2 SEROREVERSION	
11.3 LABORATORIO DONDE SE CONFIRMO		11.4 OTRO	
11.5 UNIVERSIDAD		11.6 REGIONAL	
11.7 ESSALUD		11.8 OTRO	
11.9 ESPECIFICAR		11.10 OTRO	
13. ESTADIO SIDA		14. DEFUNCION	
13.1 CRITERIO DE DIAGNOSTICO SIDA		13.2 CONDICIONES INDICADORAS DE SIDA	
13.3 TUBERCULOSIS		13.4 CDM MENOR DE 200	
13.5 CONFIRMACION		13.6 RELACIONADA A SIDA	
13.7 NOMBRE		13.8 FIRMA	
13.9 RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION		13.10 RESPONSABLE DEL LABORATORIO	

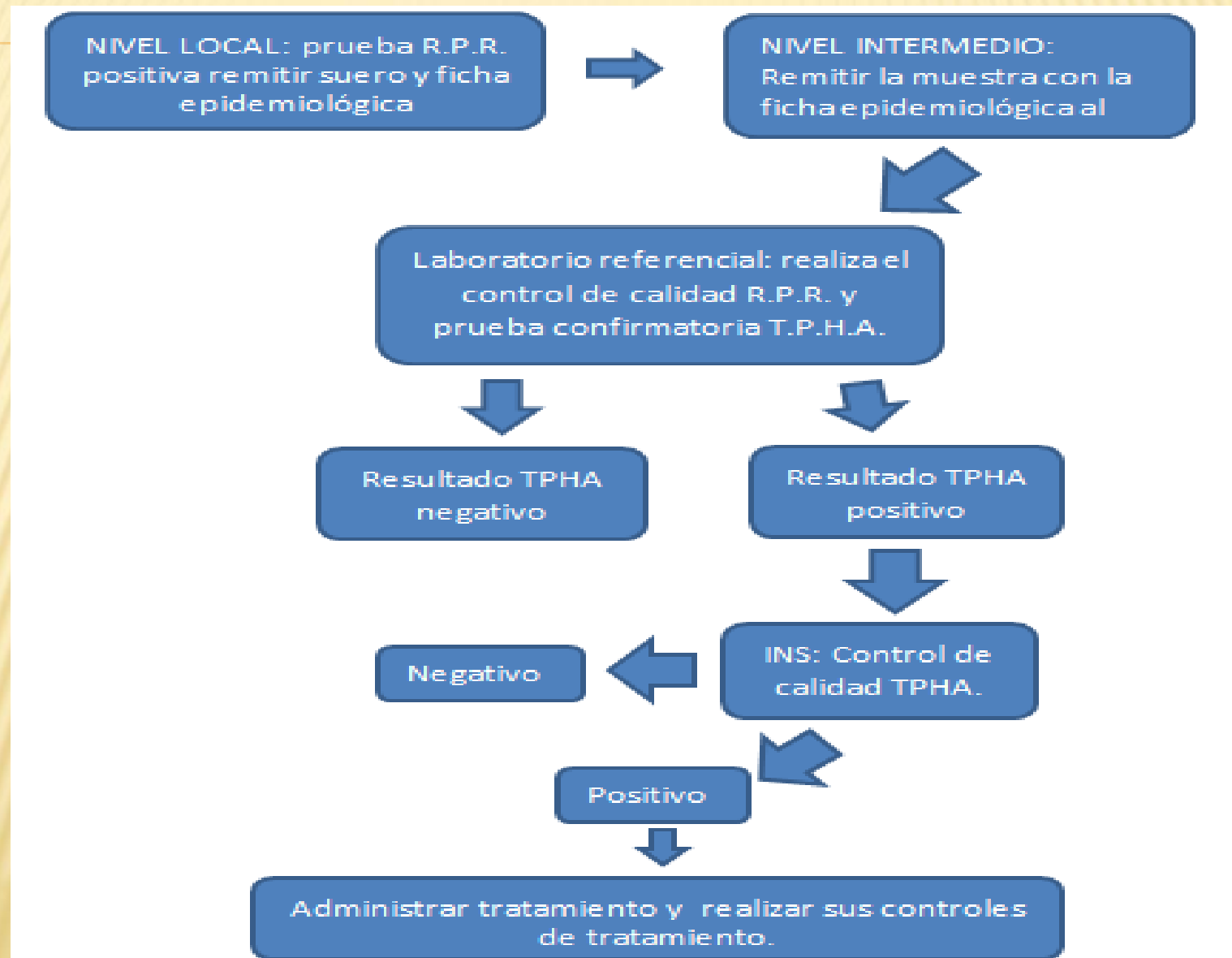
MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD CUSCO
REGION DE EPIDEMIOLOGIA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD PUBLICA
LABORATORIO DE REFERENCIA REGIONAL CUSCO

FORMULARIO PARA EL ENVIO DE MUESTRAS PARA DIAGNOSTICO DE VIH/SIDA

CODIGO INS		FECHA DE RECEPCION	
DEL ESTABLECIMIENTO		DEPARTAMENTO	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		DIRECCION	
FAX		SOLICITANTE	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE		RESIDENCIA HABITUAL	
DPTO.		PROV.	
DIST.		Edad	
Año (s)		Mes (es)	
Día (s)		Fecha de Obtención	
Donante		Ambulatorio	
Hospitalizado		Otros	
Via de transmisión:		Especifique	
Sexual		Sanguínea	
Perinatal (Hijo de madre infectada)		No determinada	
Otros		Asintomático	
Sintomático		Tipo:	
SUERO/PLASMA		LCR	
SALIVA		ORINA	
Resultados del procesamiento de la muestra en el nivel local:		PRUEBA RAPIDA	
TECNICA		PRUEBA ELISA	
MARCA		MARCA	
LOTE		FECHA DE EXPIRACION	
LECTURA VISUAL		LECTURA VISUAL	
PRUEBA CONFIRMATORIA: Western Blot		IFI	
TECNICA		PRIMER ELISA	
MARCA		VALOR DE CORTE	
LOTE		LECTURA	
FECHA DE EXPIRACION		SEGUNDO ELISA	
Positivo		VALOR DE CORTE	
Indeterminado		LECTURA	
Negativo		RESPONSABLE DEL LABORATORIO	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE		FIRMA Y SELLO	
FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO	
(Responsable del Laboratorio)		(Director del Establecimiento)	

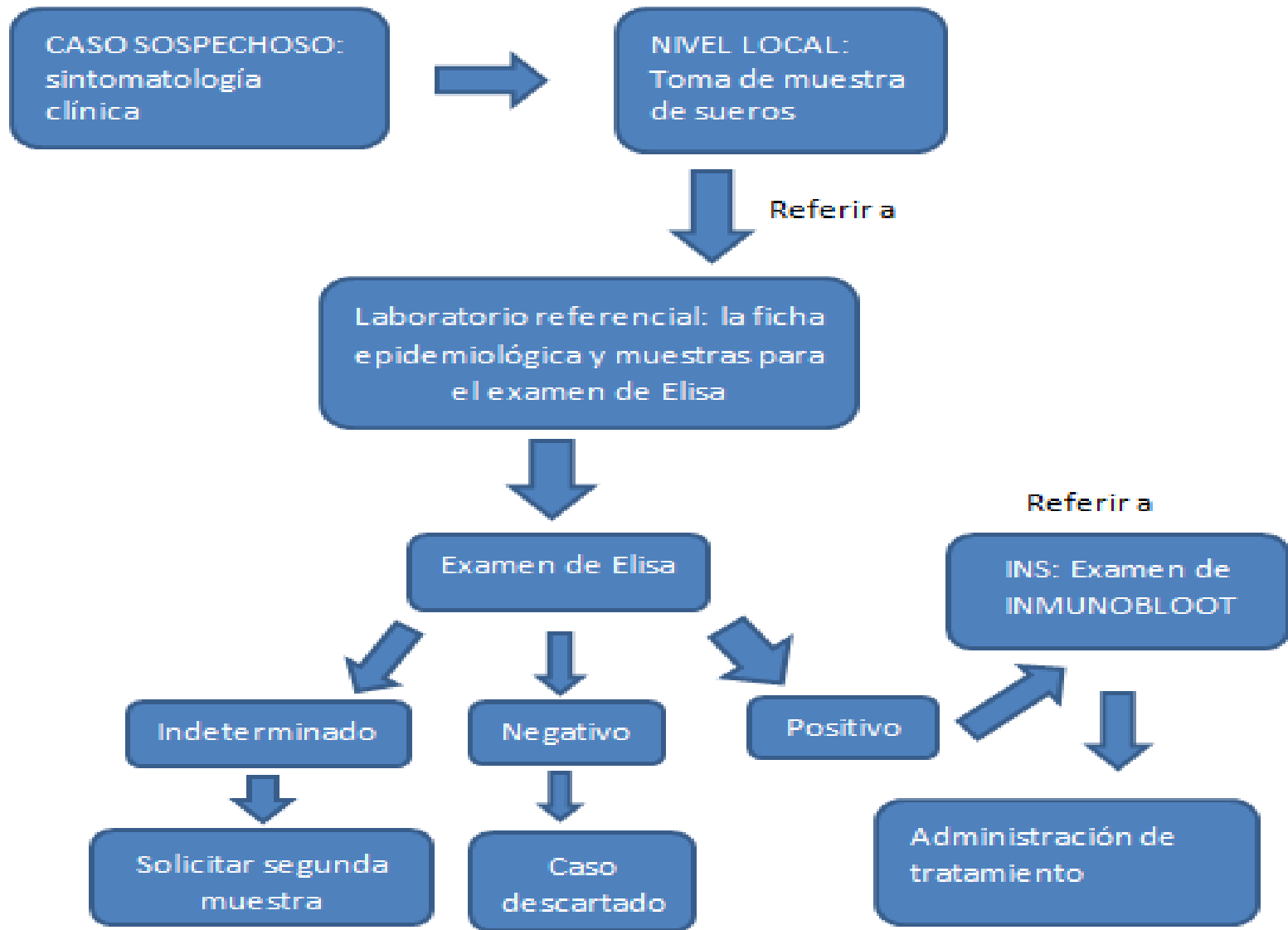
FLUJOGRAMA PARA MANEJO DE CASO SOSPECHOSO DE SIFILIS



FICHA EPIDEMIOLOGICA DE SIFILIS

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD CENTRO NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD PUBLICA		
SOLICITUD PARA INVESTIGACION SEROLOGICA DE SIFILIS		
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		TELÉFONO:
MÉDICO SOLICITANTE:		
DATOS DEL PACIENTE		
APELLIDOS:		NOMBRE:
EDAD:	SEXO: M ☐ F ☐	Ocupación:
DOMICILIO:		DISTRITO:
PROVINCIA:		DEPARTAMENTO:
FACTOR DE RIESGO A () HOMOSEXUAL D () GESTANTE G () CONTACTO CON PROSTITUTA B () HETEROSEXUAL E () TRABAJADORA SEXUAL H () USO DE DROGAS C () DONANTE F () HIJO DE PADRES REACTIVOS I () OTROS:		
DATOS CLINICOS		
MANIFESTACIONES GENERALES		
A () DOLOR PELVICO C () DOLOR TESTICULAR E () DESCENSO B () ARDOR AL ORINAR D () DOLOR ARTICULAR F () DOLOR OSEO () ULCERA SI () NO () DOLOR SI () NO () () ULCERA UNICA () ULCERA MULTIPLE UBICACIÓN:		
CRECIMIENTO GANGLIONAR () SI () NO DOLOR () SI () NO BUBON INGUINAL () SI () NO INGUINAL () SI () NO LESIONES DERMICAS SI () NO () UBICACIÓN: TIPO DE LESION: DIAGNOSTICO CLINICO:		
DATOS DE LABORATORIO		
MUESTRA: SUERO () LCR ()		FECHA DE OBTENCION:/...../.....
EXAMEN SOLICITADO:		RESULTADOS
VDRL ()		
RPR ()		
MHA - TP ()		
FTA - ABS ()		
DATOS DEL REACTIVO:		
MARCA:		LOTE: FECHA DE EXPIRACION:/...../.....
SE SOLICITA AL LABORATORIO DE REFERENCIA NACIONAL (INS) LA CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO MEDIANTE:		
MHA -TP ()		FTA-ABS ()
FIRMA DEL SOLICITANTE		

FLUJOGRAMA PARA MANEJO DE CASO SOSPECHOSO DE CISTICERCOSIS



FICHA EPIDEMIOLOGICA DE CISTICERCOSIS



DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
DIRECCION DE LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA



FICHA DE ENVIO DE MUESTRAS PARA DIAGNOSTICO INMUNOLOGICO DE CISTICERCOSIS HUMANA

Establecimiento de Salud:

Nombre y Apellidos.....Edad:.....

Sexo:.....Ocupación.....

Domicilio de Referencia.....

Provincia.....Distrito.....Departamento.....

INFORMACION CLINICA

Fecha de inicio de síntomas:.....

Síntomas que presenta:

- Dolor de cabeza()
- Neuralgia ()
- Mareo ()
- Desmayo ()
- Epilepsia () Otros :

Diagnóstico Clínico.....

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Tipo de Vivienda: Adobe() Material Noble () Otros

Servicios higiénicos : Baño() Letrina) Otros.....

Cria cerdos SI () NO ()

Tipo de crianza :Establo () Libre ()

Consume carne de cerdo: SI () NO () Frecuencia x mes

Procedencia de la carne de cerdo : Mercado () Crianza Familiar ()

DATOS DE LA MUESTRA

Muestra enviada:

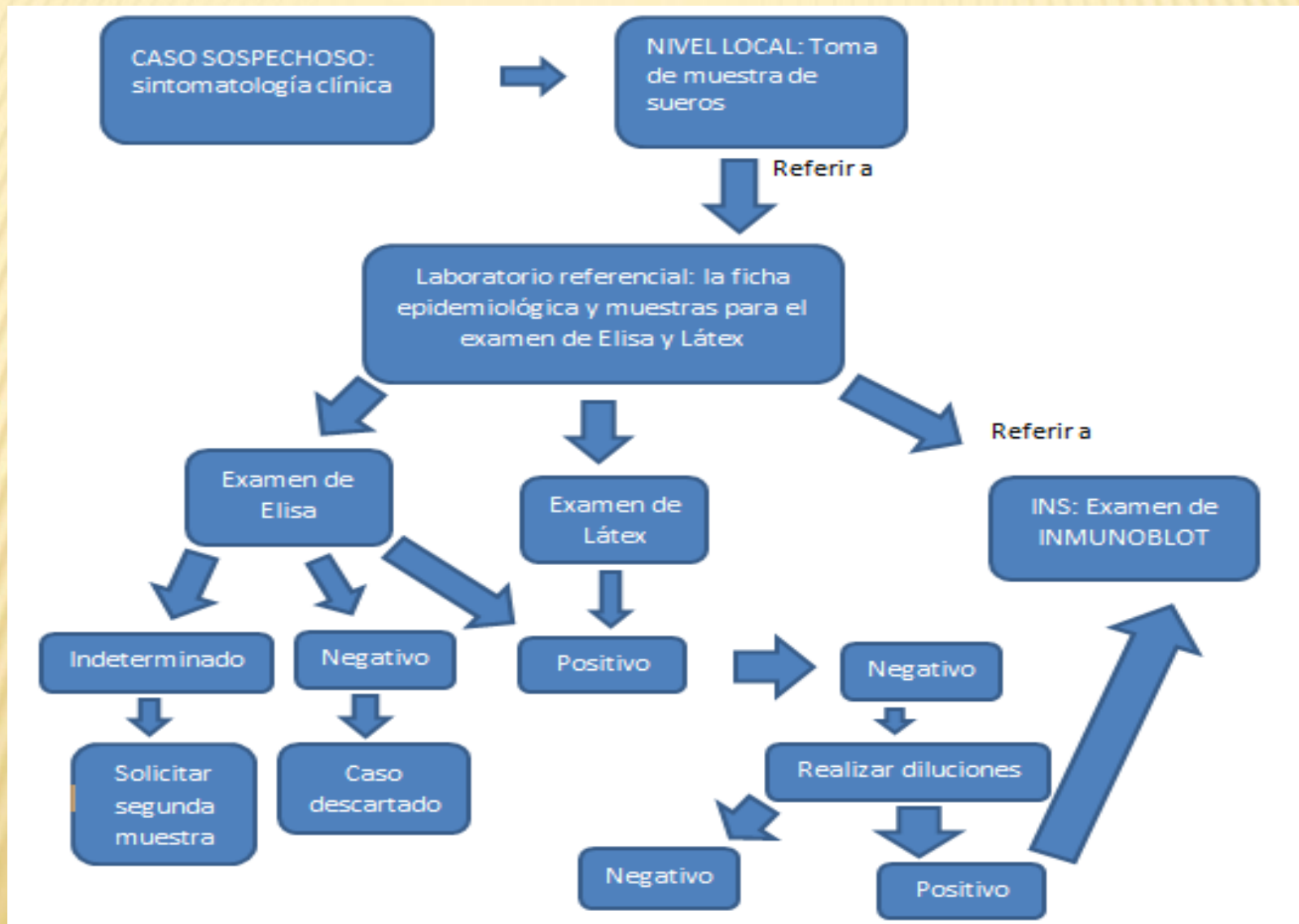
Fecha de toma de muestra:.....

Examen solicitado:.....

.....
Nombre del Médico

.....
Firma

FLUJOGRAMA PARA MANEJO DE CASO SOSPECHOSO DE HIDATIDOSIS



FICHA EPIDEMIOLOGICA DE HIDATIDOSIS



FICHA DE ENVIO DE MUESTRAS PARA DIAGNOSTICO INMUNOLOGICO DE LA HIDATIDOSIS HUMANA

Establecimiento de Salud:

Nombre y Apellidos..... Edad:.....

Sexo:..... Ocupación.....

Domicilio de Referencia.....

Provincia..... Distrito..... Departamento.....

DNI N°:..... Fecha de Nacimiento:.....

INFORMACION CLINICA

Fecha de inicio de síntomas:.....

Síntomas y signos.....

Diagnóstico Clínico.....

Estudio Radiológico.....

Comentario Clínico.....

ANTECEDENTES QUIRURGICOS: Si el paciente fue operado anteriormente por hidatidosis, indique localización, estado de quiste y fecha:

Si el paciente recibió el "llamado biológico", indique el antígeno empleado dosis duración del tratamiento y última fecha de inoculación:

Si al paciente se le practicó anteriormente estudios inmunológicos para hidatidosis, indique fecha, examen realizado y resultados:

DATOS DE LA MUESTRA:

Muestra enviada:

Fecha de toma de muestra:

Examen Solicitado:

Nombre del Médico.

Firma

INFORMACION ESTADISTICA

INFORMACION ESTADISTICA

MUESTRAS PROCESADAS COMPRENDIDAS EN LA ESTRATEGIA

NUMERO DE CASOS

800
700
600
500
400
300
200
100
0

POSITIVO

NEGATIVO

POSITIVO

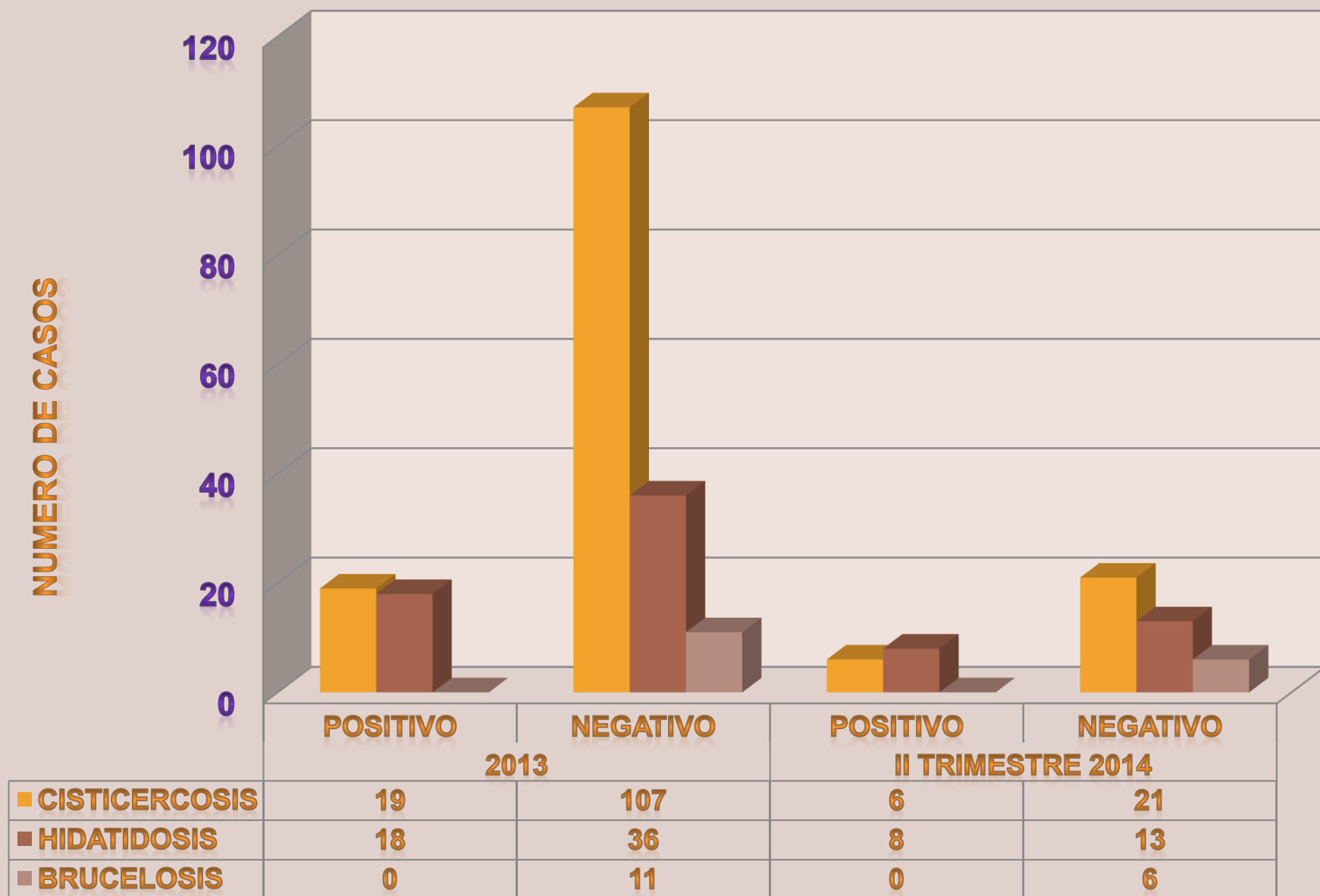
NEGATIVO

2013

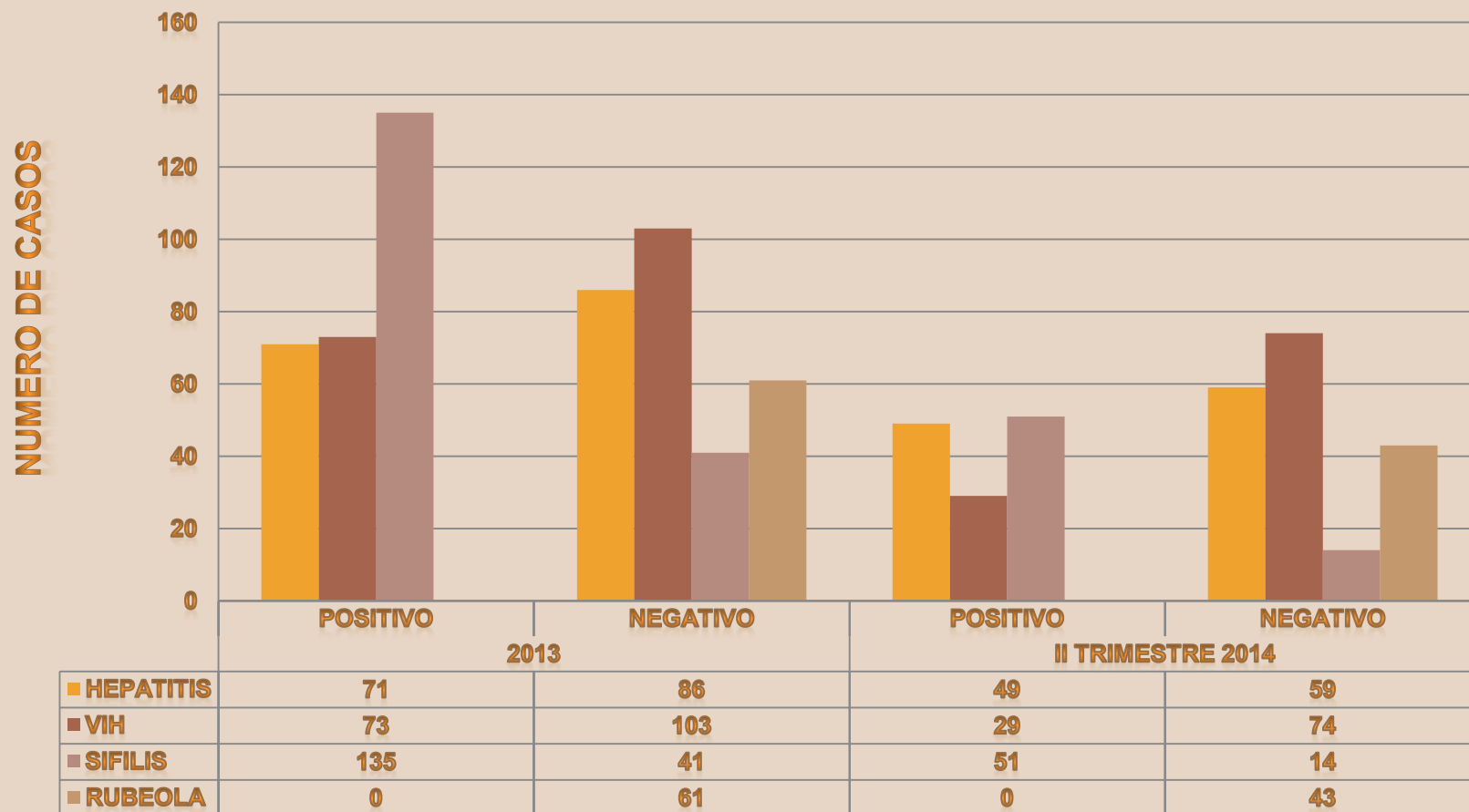
II TRIMESTRE 2014

■ DENGUE	46	207	210	726
■ FIEBRE AMARILLA	1	9	2	6
■ LEPTOSPIROSIS	5	14	4	12

MUESTRAS PROCESADAS COMPRENDIDAS EN LA ESTRATEGIA DE ZONOSIS



MUESTRAS PROCESADAS CORRESPONDIENTE A ITS Y VIGILANCIA DE RUBEOLA



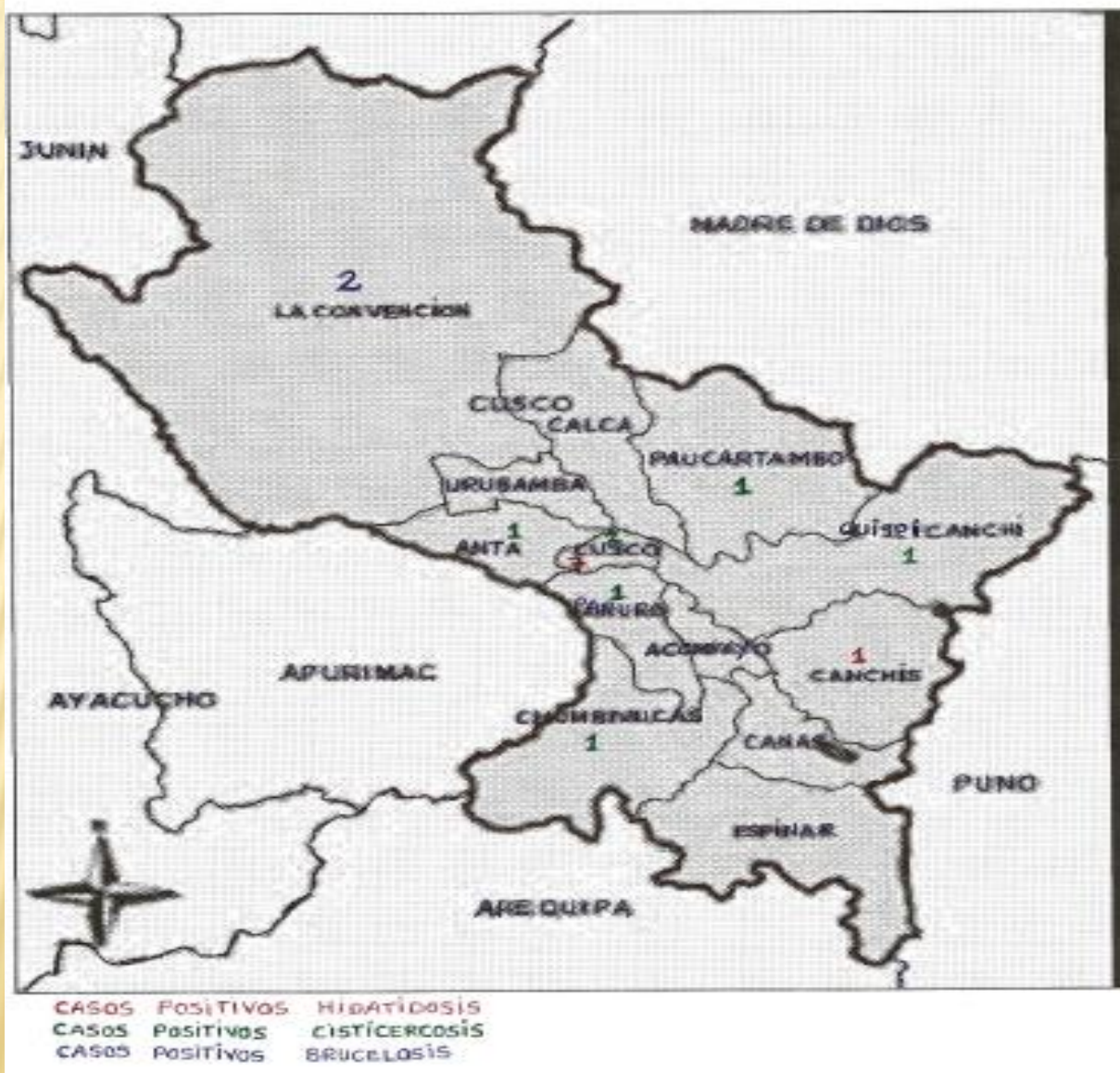
MAPAS ETIOLOGICOS

ENFERMEDADES METAXENICAS



CASOS POSITIVOS DENGUE
CASOS POSITIVOS FIEBRE AMARILLA
CASOS POSITIVOS LEPTOSPIROSIS

ENFERMEDADES ZOONOTICAS



ENFERMEDADES ITS

