

1. DATOS DEL ENTREVISTADOR				
1.1. Municipio que realiza la visita:		1.2. Institución o Red que realiza la visita:		
1.3. Nombre del entrevistador:		1.4. Fecha de investigación del caso (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text" value="d"/><input type="text" value="d"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="m"/><input type="text" value="m"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/></span> </div>		
1.5. Fecha de notificación caso de malaria (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text" value="d"/><input type="text" value="d"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="m"/><input type="text" value="m"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/></span> </div>		1.6. Captación de caso Búsqueda reactiva <input type="checkbox"/> Búsqueda proactiva <input type="checkbox"/> Búsqueda pasiva <input type="checkbox"/>		
2. CARACTERIZACIÓN DEL CASO				
2.1. Tipo de documento RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/>			2.2. Número de identificación	
2.3. Nombres y apellidos			2.4. Teléfono	
2.5. Fecha inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text" value="d"/><input type="text" value="d"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="m"/><input type="text" value="m"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/></span> </div>		2.6. Fecha diagnóstico (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text" value="d"/><input type="text" value="d"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="m"/><input type="text" value="m"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/></span> </div>		2.7. Fecha consulta (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text" value="d"/><input type="text" value="d"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="m"/><input type="text" value="m"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/></span> </div>
2.8. Tipo de especie Vivax <input type="checkbox"/> Falciparum <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Otro _____		2.9. Tratamiento suministrado _____		
2.10. Tipo de prueba GG <input type="checkbox"/> PDR <input type="checkbox"/>	2.11. Recuento parasitario	2.12. ¿Está vinculado con un foco de transmisión de malaria? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número: _____ Nombre de foco _____		
3. HISTORIAL DE VIAJE				
3.1. ¿Viajó el paciente fuera de la localidad de residencia en los últimos 30 días? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
3.2. Nombre de la vereda/localidad/corregimiento/municipio/departamento/país visitado (1)				
3.2.1. Vereda	3.2.2. Localidad	3.2.3. Corregimiento	3.2.4. Municipio	3.2.5. Departamento
3.2.6. País	3.2.7. Desde <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text" value="d"/><input type="text" value="d"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="m"/><input type="text" value="m"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/></span> </div>		3.2.8. Hasta <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text" value="d"/><input type="text" value="d"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="m"/><input type="text" value="m"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/></span> </div>	
3.5. Nombre de la vereda/localidad/corregimiento/municipio/departamento/país visitado (2)				
3.5.1. Vereda	3.5.2. Localidad	3.5.3. Corregimiento	3.5.4. Municipio	3.5.5. Departamento
3.5.6. País	3.5.7. Desde <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text" value="d"/><input type="text" value="d"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="m"/><input type="text" value="m"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/></span> </div>		3.5.8. Hasta <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text" value="d"/><input type="text" value="d"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="m"/><input type="text" value="m"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/></span> </div>	
3.8. Transfusión de sangre durante los últimos seis meses Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		3.9. Fecha de transfusión (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text" value="d"/><input type="text" value="d"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="m"/><input type="text" value="m"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/></span> </div>		
3.10. Trasplante de órganos en los últimos seis meses Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		3.11. Fecha de trasplante (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text" value="d"/><input type="text" value="d"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="m"/><input type="text" value="m"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/></span> </div>		
4. ANTECEDENTES				
4.1. ¿Ha tenido malaria anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		SÓLO si respondió SI, responda:		
4.2. Fecha inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text" value="d"/><input type="text" value="d"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="m"/><input type="text" value="m"/></span> <span>-</span> <span><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/><input type="text" value="a"/></span> </div>		4.3. Tipo de especie Vivax <input type="checkbox"/> Falciparum <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Otro _____		4.4. Recibió tratamiento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.4. Días de tratamiento	4.5. Tratamiento suministrado			4.6. Tratamiento completo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. CLASIFICACIÓN DEL CASO				
5.1. Probable sitio donde adquirió la infección:				
5.1.1. Vereda	5.1.2. Localidad	5.1.3. Corregimiento	5.1.4. Municipio	5.1.5. Departamento
5.1.6. País	5.2. Tipo de caso Importado <input type="checkbox"/> Autóctono <input type="checkbox"/>		5.3. Sólo si es autóctono: Introducido <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/> Recurrencia <input type="checkbox"/>	
6. INVESTIGACIÓN DEL LUGAR DONDE SE ORIGINÓ LA INFECCIÓN				
6.1. Casa localizada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6.2. Longitud	6.3. Latitud	6.4. Estado de la investigación Investigación realizada <input type="checkbox"/> Renuente <input type="checkbox"/> Vivienda cerrada <input type="checkbox"/> Vivienda deshabitada <input type="checkbox"/> Vivienda destruida <input type="checkbox"/>	
7. INVESTIGACIÓN AMBIENTAL DE LA RESIDENCIA				
7.1. ¿Se protegió el paciente contra la malaria?		7.2. En caso afirmativo, tipo de protección:		7.3. Casa rociada

Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Repelente <input type="checkbox"/>	Toldillo tratado con insecticidas(TILD) <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7.4. Fecha de último rociado (dd/mm/aaaa)		7.5. Se observaron criaderos		7.6. Distancia de la casa al criadero más próximo
d <input type="text"/>	d <input type="text"/>	-	m <input type="text"/>	m <input type="text"/>
-	a <input type="text"/>	a <input type="text"/>	a <input type="text"/>	a <input type="text"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		_____ metros
<b>8. CONTACTO DEL CASO</b>				
<small>(Dependiendo del contexto epidemiológico, y el rango de búsqueda, realice la búsqueda de casos alrededor del caso):</small>				
8.1. ¿Cuántas personas viven en su casa?		8.2. Número de contactos		8.3. Número de muestras
8.4. Número de muestras positivas		8.5. Se les entregó tratamiento:		8.6. Fecha de inicio de tratamiento
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		d <input type="text"/>
				d <input type="text"/>
				-
				m <input type="text"/>
				m <input type="text"/>
				-
				a <input type="text"/>
				a <input type="text"/>
				a <input type="text"/>
				a <input type="text"/>
8.7. ¿Cuántas personas participaron en el viaje que realizó ?		8.8. Número de contactos		8.9. Número de muestras
8.10. Número de muestras positivas		8.11. Se les entregó tratamiento:		8.12. Fecha de inicio de tratamiento
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		d <input type="text"/>
				d <input type="text"/>
				-
				m <input type="text"/>
				m <input type="text"/>
				-
				a <input type="text"/>
				a <input type="text"/>
				a <input type="text"/>
				a <input type="text"/>
8.13. ¿Cuántas personas viven alrededor del caso (200 m)?		8.14. Número de contactos		8.15. Número de muestras
8.16. Número de muestras positivas		8.17. Se les entregó tratamiento:		8.18. Fecha de inicio de tratamiento
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		d <input type="text"/>
				d <input type="text"/>
				-
				m <input type="text"/>
				m <input type="text"/>
				-
				a <input type="text"/>
				a <input type="text"/>
				a <input type="text"/>
				a <input type="text"/>
8.19. Medidas adoptadas				
control vectorial <input type="checkbox"/> RRI <input type="checkbox"/>				
8.20. Observaciones				