



**Definición de caso sospechoso:** Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre, de menos de siete (7) días de duración, acompañado de mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

1. DATOS DEL DECLARANTE												
Provincia: _____			Departamento: _____			Localidad: _____						
Establecimiento Notificante: _____						Fecha de Notificación: ____/____/____						
Apellido y Nombre del Profesional: _____												
Tel.: _____			Fax: _____			e-mail: _____						
2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE												
Apellido y nombres: _____												
Fecha de nacimiento ____/____/____			Edad: _____			Sexo: M ( ) F ( )			DNI: _____			
Domicilio actual: _____						Tel. propio o vecino: _____						
Referencia de ubicación domicilio: _____						Localidad _____						
Urbano ( ) Rural ( )			Departamento _____			Provincia _____						
3. DATOS CLINICOS												
Fecha de inicio de la fiebre: ____/____/____						Fecha de la consulta: ____/____/____						
Embarazo: Si ( ) No ( )			Fecha Ultima Menstruación (FUM): ____/____/____									
	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.	
Fiebre (..... 38° C)				Dolor abdominal				Hepatomegalia				
Cefalea				Inyección conjuntival				Esplenomegalia				
Mialgias				Tos				Oligoanuria				
Artralgias				Disnea				Sind. confusional				
Dolor retro ocular				Taquipnea				Sind. meningeo				
Erupción				Prurito				Encefalitis u otras manifestaciones neurológicas				
Náuseas				Ictericia				Sind. Hemorrágico*				
Vómitos				(*) Especificar (marcar con una cruz): petequias <input type="checkbox"/> ; púrpura <input type="checkbox"/> ; epistaxis <input type="checkbox"/> ; gingivorragia <input type="checkbox"/>								
Diarrea				hemoptisis <input type="checkbox"/> ; melena <input type="checkbox"/> ; vómitos negros <input type="checkbox"/> ; otros.....								
<b>Tensión:</b> MIN ...../MAX..... <b>Pulso:</b> ...../min. <b>Prueba del torniquete:</b> POS ( ) NEG ( ) <b>FR:</b> ...../min <b>Hto:</b> .....% <b>GB:</b> ...../mm3. <b>Fórmula:</b> ...../...../...../...../..... <b>Pla:</b> ...../mm3. <b>VSG:</b> .....mm												
4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS												
Dengue anterior: Si ( ) No ( ) Fecha: ____/____/____												
Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana ( ) Periurb ( ) Rural ( ) Silvestre ( )												
Viajó durante los últimos 45 días? Si ( ) No ( ) Fecha: ____/____/____ Destino _____												
_____ Fecha de regreso: ____/____/____												
Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si ( ) No ( ) Fecha: ____/____/____ Lugar _____												
Conoce casos similares? Si ( ) No ( ) Quién/es? _____												
<b>ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN</b> (confirmar con carnet)												
Antiamarílica: Si ( ) No ( ) Ign ( ) Última fecha de vacunación: ____/____/____												
Fiebre Hemorrágica Argentina: Si ( ) No ( ) Ign ( ) Última fecha de vacunación: ____/____/____												



**Definición de caso sospechoso:** Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre, de menos de siete (7) días de duración, acompañado de mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

<b>SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA</b>	
(Calificar por n° de orden) Paludismo ( ) Dengue ( ) Virus Chikungunya ( ) Fiebre Amarilla ( ) Leptospirosis ( ) FHA ( ) Hantavirus ( ) Rickettsiosis ( ) Virus del Oeste del Nilo ( ) Encefalitis de San Luis ( ) Virus Zika ( ) Otros: _____ Tratamiento empírico indicado (tipo y dosis): _____	
<b>5. DATOS DE LABORATORIO</b>	
Fecha de la 1ª muestra: ___/___/___ Muestra: _____ Resultado: _____ Método: _____	
Fecha de la 2ª muestra: ___/___/___ Muestra: _____ Resultado: _____ Método: _____	
<b>6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN</b>	
Tratamiento indicado al paciente: _____	
Droga utilizada para el tratamiento: _____	Cantidad aplicada (Dosis): _____
Identificación de contactos o expuestos: Si ( ) No ( )	Nº de contactos o expuestos identificados: _____
Quimioprofilaxis a contactos o expuestos: Si ( ) No ( )	Nº de profilaxis indicadas: _____
Droga utilizada para la profilaxis: _____	Cantidad aplicada (Dosis): _____
Bloqueo con vacunas: Si ( ) No ( )	Nº de vacunas aplicadas: _____
Bloqueo con insecticidas, rodenticidas, etc.: Si ( ) No ( )	Nº de viviendas controladas: _____
Sitios de riesgo controlados (basurales, cementerios, etc.): Si ( ) No ( ) ¿Cuales?: _____	
Insecticida/rodenticida/biocida utilizado: _____	Cantidad aplicada: _____
¿Se hizo tratamiento espacial? Si ( ) No ( )	
Insecticida utilizado para tratamiento espacial: _____	Cantidad aplicada: _____
<b>7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO</b>	
Paciente Hospitalizado: Si ( ) No ( ) Ign ( )	Fecha hospitalización: ___/___/___
Condición del alta: _____	Fecha del alta: ___/___/___
	Fecha de defunción: ___/___/___
Diagnóstico final: _____	Fecha: ___/___/___
Observaciones:	

.....  
Firma del Paciente

.....  
Firma y Sello del Médico