



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 ()

	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. meníngeo			
Erupción				Prurito				Encefalitis			
Náuseas				Ictericia				Sind. Hemorrágico*			
Vómitos				(*) Especificar (marcar con una cruz): petequias <input type="checkbox"/> ; púrpura <input type="checkbox"/> ; pistaxis <input type="checkbox"/> ; <input type="checkbox"/> ngivorragia <input type="checkbox"/>							
Diarrea				hemoptisis <input type="checkbox"/> ; melena; <input type="checkbox"/> mitos negros <input type="checkbox"/> ; <input type="checkbox"/> ros.....							

Tensión: MIN/MAX..... Pulso:...../min. Prueba del torniquete: POS () NEG ().FR...../min
 Hto:.....% GB:...../mm3. Fórmula:/...../...../...../..... Plaq:...../mm3. VSG:.....mm

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

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? _____

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)

Antiamarílica: Si () No () Ign () Última fecha de vacunación: ____/____/____
 Fiebre Hemorrágica Argentina: Si () No () Ign () Última fecha de vacunación: ____/____/____

SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

(calificar por n° de orden) Paludismo () Dengue () Virus Chikungunya () Fiebre Amarilla () Leptospirosis () FHA ()
 Hantavirus () Rickettsiosis () Virus del Oeste del Nilo () Encef. de San Luis ()
 Otros: _____



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.

Tratamiento empírico indicado (tipo y dosis) _____

5. DATOS DE LABORATORIO

Fecha de la 1ª muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

Fecha de la 2ª muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

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: _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si () No () Ign () Fecha hospitalización: ____/____/____

Condición del alta: _____ Fecha del alta: ____/____/____

Fecha de defunción: ____/____/____

Diagnóstico final: _____ Fecha: ____/____/____

.....
Firma del Paciente

.....
Firma y Sello del Médico