



**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 Inicio Síntomas: : ___/___/___			Fecha de inicio de la fiebre: : ___/___/___			Fecha de la consulta: : ___/___/___						
Embarazo: Si ( ) No ( )			Fecha Última Menstruación: ___/___/___									
	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 ( ) .FR...../min Hto:.....% GB:...../mm3. <b>Fórmula:</b> ...../...../...../...../..... <b>Plaq:</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? _____									
¿Contacto sexual sin protección con enfermo de Zika y/o persona que viajó a zona de transmisión de Zika? Si ( ) No ( )			Fecha: ___/___/___			Lugar donde viajó: _____			Fecha de regreso: ___/___/___			
¿Donó Sangre 48hs antes del inicio de la enfermedad? ¿Dónde?: _____												
¿Recibió Transfusión en los últimos 15 días? Si ( ) No ( )			¿Dónde?: _____									



**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.

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS (Continuación)	
<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: ___/___/___	
SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA	
(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): _____	
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: ___/___/___

Observaciones:

.....  
Firma del Paciente

.....  
Firma y Sello del Médico