



**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"/> ; 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> ...../mi <b>Hto:</b> .....% <b>GB:</b> ...../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? _____												
ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)												
<b>Vacuna Dengue:</b> Si ( ) No ( ) Ign ( )			Última fecha de vacunación: ____/____/____									
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 ( )	
Otros: _____	
Tratamiento empírico indicado (tipo y dosis): _____	
<b>5. DATOS DE LABORATORIO</b>	
Fecha de la 1ª muestra: ____/____/____	Resultado: _____ Método: _____
Fecha de la 2ª 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 ( ) N° de contactos o expuestos identificados: _____	
Quimioprofilaxis a contactos o expuestos: Si ( ) No ( ) N° de profilaxis indicadas: _____	
Droga utilizada para la profilaxis: _____	Cantidad aplicada (Dosis): _____
Bloqueo con vacunas: Si ( ) No ( )	N° de vacunas aplicadas: _____
Bloqueo con insecticidas, rodenticidas, etc.: Si ( ) No ( ) N° 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: ____/____/____

.....  
Firma del Paciente

.....  
Firma y Sello del Médico