



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

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 ()	
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 () 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: _____	
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