

### 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 los síntomas \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de consulta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Fecha de internación \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Astenia ( )	Esplenomegalia ( )
Bradycardia ( )	Tos ( )
Disnea ( )	Alteración sensorio ( )
Sind. Meníngeo ( )	Expectoración ( )
Fiebre ( )	Cefalea ( )
Mialgia ( )	Neumonía ( )

Radiología \_\_\_\_\_  
 Otros Signos y observaciones: \_\_\_\_\_

### 4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: Urbana Periurbano Rural Silvestre  
 Estuvo en contacto con:  
 aves sanas SI NO Cuál? \_\_\_\_\_ aves enfermas SI NO Cuál? \_\_\_\_\_  
 Dónde? Casa Campo Otro.. \_\_\_\_\_  
 Lugar de compra: Ambulante Feria Pajarería Veterinaria Otro . \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Estuvo en contacto con personas con síntomas similares? SI NO Cuando? \_\_\_\_\_  
 Quiénes? \_\_\_\_\_

**5. DATOS CLÍNICOS RESULTADOS DE LABORATORIO AL INGRESO**

Fecha de internación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO:**

PSITACOSIS ( ) IRAB (NAC) ( ) IR ALTA ( ) HANTAVIRUS ( ) EXTRAPULMONARES ( )

Alteraciones del SNC:

Otras:

Patologías de base: \_\_\_\_\_

**LABORATORIO AL INGRESO:**

Hemograma GR: N( ) B( ) Leucocitos: N( ) E( ) Neutrófilos E( ) Linfocitos E( )

Plaquetas: N( ) B( ) Enzimas Hepáticas: N( ) E( ) %Sat de Oxígeno: \_\_\_\_\_

Otros

Imagen de rx de tórax \_\_\_\_\_

Tipo de NAC \_\_\_\_\_

**6. MUESTRAS**

Fecha de extracción...../...../.....

INFECCIONES RESPIRATORIAS: Esputo ( ) HNF ( ) ANF ( ) BAL ( )  
 Sueros 1º ( ) 2º ( )

MANIFESTACIONES EXTRAPULMONARES: LCR ( ) Sangre entera en tubo seco nuevo ( ) Biopsia ( )  
 Sueros 1º ( ) 2º ( )

DIFERENCIAL HANTAVIRUS: Sangre entera en tubo seco nuevo 1º ( ) 2º ( )

**7. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION**

**Individual** Tratamiento..... SI NO Droga \_\_\_\_\_

Quimioprofilaxis..... SI NO Droga. \_\_\_\_\_

Nº de personas con quimioprofilaxis indicadas \_\_\_\_\_

**Comunitaria**

-Vigilancia clínica y serológica del grupo familiar y/o personas con riesgo similar SI NO

-Investigación de contactos y fuente de infección SI NO

-Realizar eutanasia de aves sospechosas con posterior envío a laboratorio SI NO

**8. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO**

Paciente Hospitalizado: Si( ) No( ) Se ignora( ) Fecha hospitalización: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Alta sin secuelas( ) Alta con secuelas( ) Fallecido( ) Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Desconocido

Diagnóstico final \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma y sello médico/a que notifica