

Definición de caso sospechoso: Persona de cualquier edad y sexo que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 15 días): fiebre aguda 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 _____
 e-mail: _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de la fiebre: ____/____/____ Fecha de la consulta: ____/____/____

	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...; púrpura; epistaxis...; gingivorragia...;							
Diarrea				hemoptisis.....;melena.....; vómitos negros...; otros.....							

Tensión: MIN/MAX..... Pulso:...../min. Prueba del torniquete: POS () NEG ().FR...../min
 Hto:.....% GB:...../mm3. Fórmula:/...../...../...../..... Plaquetas:...../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 _____
 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: ____/____/____ FHA: Si () No () Ign () Última fecha de vacunación: ____/____/____

5. SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

Calificar por n° de orden: Paludismo () Dengue () Fiebre Amarilla () Leptospirosis () FHA () Hantavirus () Rickettsiosis () Virus del Oeste del Nilo () Encef. de San Luis () Triquinosis () Psitacosis ()

Otros: _____

Tratamiento empírico indicado (tipo y dosis) _____

6. DATOS DE LABORATORIO

Fecha de la 1ª muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____
 Fecha de la 2ª muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

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: ____/____/____