

Definición de caso de síndrome febril: persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre con menos de siete (7) días de duración acompañado de mialgias o cefaleas, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

**Hoja 1**

**1. DATOS DEL DECLARANTE**

Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Establecimiento Notificante: \_\_\_\_\_ Fecha de Notificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Apellido y Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICACIÓN 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 CLÍNICOS**

Fecha de inicio de la fiebre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de la consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

	Si	No	Ign		Si	No	Ign		Si	No	Ign
Fiebre 38° C				Dolor abdominal				Esplenomegalia			
Fiebre cíclica				Inyección conjuntiva				Oligoanuria			
Cefalea				Tos				Sind. Confusional			
Mialgias				Disnea				Sind. meníngeo			
Artralgias				Taquipnea				Encefalitis			
Dolor retro ocular				Prurito				Sind. Hemorrágico (*)			
Erupción				Ictericia							
Nauseas				Hepatomegalia							
Vómitos				(*) Especificar (marcar con una cruz) petequias: púrpura: epistaxis:							
Diarrea				gingivorragia: hemoptisis: melena: vómitos negros: otros:							

Tensión: MIN: \_\_\_\_\_ MAX: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_/min Prueba del Torniquete: POS ( ) NEG ( ) Frec. Resp. \_\_\_/min  
 Hto: \_\_\_\_\_/% GB: \_\_\_\_\_/mm3 Fórmula: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Plaq: \_\_\_\_\_ mm3 VSG \_\_\_\_\_ mm

**4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

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 ( ) Quienes? \_\_\_\_\_ En que fecha? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Estuvo en contacto en forma reciente con agua estancada? Si ( ) No ( ) Donde? \_\_\_\_\_  
 Ingresó a una vivienda que haya estado cerrada por mucho tiempo? Si ( ) No ( )  
 Tuvo contacto con monos muertos? SI ( ) NO ( ) Donde? \_\_\_\_\_  
 Tuvo contacto con otros animales? SI ( ) NO ( ) Donde? \_\_\_\_\_  
 Fue recientemente a cazar o pescar? SI ( ) NO ( ) Donde? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN: (confirmar con carnet)  
 Antiamarílica: Si ( ) No ( ) Ign: ( ) Última fecha de vacunación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Fiebre Hemorrágica Argentina: Si ( ) No ( ) Ign ( ) Última fecha de vacunación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**Hospital Nacional  
Prof. Alejandro Posadas**

**Infectología:** 1890 y 1891

**Epidemiología:** Interno: 1101 - epihtalposadas@gmail.com

Definición de caso de síndrome febril: persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre con menos de siete (7) días de duración acompañado de mialgias o cefaleas, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

**Hoja 2**

<b>SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA</b>	
(calificar por nº de orden) Paludismo ( <input type="checkbox"/> ) Dengue ( <input type="checkbox"/> ) Fiebre Amarilla ( <input type="checkbox"/> ) Leptospirosis ( <input type="checkbox"/> ) FHA ( <input type="checkbox"/> ) Hantavirus ( <input type="checkbox"/> ) Rickettsiosis ( <input type="checkbox"/> ) Virus del Oeste del Nilo ( <input type="checkbox"/> ) Otros: _____	
5. DATOS DE LABORATORIO	
Fecha de la 1º muestra: ___/___/___	Resultado: _____ Método: _____
Fecha de la 2º muestra: ___/___/___	Resultado: _____ Método: _____
Fecha de la 3º muestra: ___/___/___	Resultado: _____ Método: _____
Fecha de la 4º muestra: ___/___/___	Resultado: _____ Método: _____
6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN	
Droga utilizada para el tratamiento: _____ Dosis indicada: _____	
Identificación de contactos o expuestos: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> ) Nº de contactos o expuestos identificados: _____	
(según norma)	Nº de contactos positivos _____
Quimoprofilaxis a contactos o expuestos: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> ) Nº de profilaxis indicadas: _____	
Droga utilizada para la profilaxis: _____	
Bloqueo con vacunas: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> ) Nº de vacunas aplicadas: _____	
Bloqueo con insecticidas, rodenticidas, etc.: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> ) Nº de viviendas controladas: _____	
Sitios de riesgo controlados: (basurales, cementerios, etc.) Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> ) ¿Cuáles? _____	
Insecticida/rodenticida/biocida utilizado: _____ Cantidad aplicada: _____	
¿Se hizo tratamiento espacial? Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )	
Insecticida utilizado para tratamiento espacial: _____ Cantidad aplicada: _____	
Otras acciones de control aplicadas: _____	
7. EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO	
Paciente Hospitalizado: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> ) Ign ( <input type="checkbox"/> )	Fecha de Hospitalización: ___/___/___
Condición de alta: _____	Fecha del alta ___/___/___
	Fecha de defunción ___/___/___
Clasificación final: _____	Fecha: ___/___/___

