



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 Inicio Síntomas: ____/____/____ Fecha de inicio de la fiebre: ____/____/____ Fecha de la consulta: ____/____/____
 Embarazo: Si () No () Fecha Última Menstruación: ____/____/____

	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. meningeo			
Erupción				Prurito				Encefalitis u otras manifestaciones neurológicas			
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"/>							
Diarrhea				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...../min
 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? _____
 ¿Contacto sexual sin protección con enfermo de Zika y/o persona que viajó a zona de transmisión de Zika? Si () No ()
 Fecha: ____/____/____ Lugar donde viajó: _____ Fecha de regreso: ____/____/____
 ¿Donó Sangre 48hs antes del inicio de la enfermedad? ¿Dónde?: _____
 ¿Recibió Transfusión en los últimos 15 días? Si () No () ¿Dónde?: _____



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.

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS (Continuación)	
ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)	
Antiamarílica: Si () No () Ign () Última fecha de vacunación: ____/____/____	
Fiebre Hemorrágica Argentina: Si () No () Ign () Última fecha de vacunación: ____/____/____	
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 () Virus Zika ()	
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: ____/____/____

Observaciones:

.....
Firma del Paciente

.....
Firma y Sello del Médico