



FICHA DE INVESTIGACION DE CASOS DE SINDROME FEBRIL DENGUE-CHIKUNGUNYA-ZIKA

SF

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 Notificador: _____ 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 (..... 38º C)				Dolor abdominal				Hepatomegalia			
Cefalea				Inyección conjuntival				Esplenomegalia			
Mialgias				Tos				Oligoanuria			
Artralgias				Disnea				Sind. confusional			
Dolor retro ocular				Taquipnea				Sind. meningo			
Eruzión				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"/> hemoptisis <input type="checkbox"/> ; melena <input type="checkbox"/> ; vómitos negros <input type="checkbox"/> ; otros.....							
Diarrea											

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?:_____



FICHA DE INVESTIGACION DE CASOS DE SINDROME FEBRIL DENGUE-CHIKUNGUNYA-ZIKA

SF

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 1^a muestra: ____ / ____ / ____ Resultado: _____ Método: _____

Fecha de la 2^o muestra: ____ / ____ / ____ Resultado: _____ Método: _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Tratamiento indicado al paciente: _____

Droga utilizada para el tratamiento: _____ Cantidad aplicada (Dosis): _____

Identificación de contactos o expuestos: Si () No () Nº de contactos o expuestos identificados: _____

Quimioprofilaxis a contactos o expuestos: Si () No () Nº de profilaxis indicadas: _____

Droga utilizada para la profilaxis: _____ Cantidad aplicada (Dosis): _____

Bloqueo con vacunas: Si () No () Nº de vacunas aplicadas: _____

Bloqueo con insecticidas, rodenticidas, etc.: Si () No () Nº de viviendas controladas: _____

Sitios de riesgo controlados (basurales, cementerios, etc.): Si () No () ¿Cuáles?: _____

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