

**Definición de caso :** Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre de menos de siete (7) días de duración y mialgias y/o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

**1. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) DNI: \_\_\_\_\_  
 Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino: \_\_\_\_\_  
 Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Urbano ( ) Rural ( ) Departamento \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN CLINICA**

Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de la consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Consulta previamente? SI  NO  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.
Fiebre (.....°C)				Dolor abdominal				Ictericia			
Cefalea				Inyección conjuntival				Hepatomegalia			
Mialgias				Tos				Esplenomegalia			
Artralgias				Disnea				Oligoanuria			
Dolor retrocular				Taquipnea				Sind. confusional			
Erupción <sub>1</sub>				Hemoptisis				Sind. meningeo			
Náuseas				Prurito				Sind. Hemorrágico*			
Vómitos				Conjuntivitis no purulenta							
Diarrea								(1) Fecha de Inicio: ____/____/____			

Embarazada SI  NO  1er Trimestre  2do Trimestre  3er Trimestre

**Tensión:** MIN ...../ MAX..... **Pulso:**...../min. **Prueba del torniquete:** POS ( ) NEG ( )

Hto:.....% GB:...../mm3. Fórmula: ...../...../...../...../..... Plaq:...../mm3. VSG:.....mm

Urea:..... mg/dl Creatinina:.....mg/dl ALT-GPT: .....UI/L AST-GOT:.....UI/L FAL:.....UI/L

**Diagnóstico sospechoso:** (colocar n° de orden) **Paludismo** ( ) **Fiebre Amarilla** ( ) **Leptospirosis** ( )

**FHA** ( ) **Hantavirus** ( ) **Flavivirus-SLE-WEN** ( ) **Rubéola** ( ) **Rickettsiosis** ( ) **Dengue** ( )

**Chikungunya** ( ) **Zika** ( ) **Otro:** \_\_\_\_\_

**3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

Ocupación: \_\_\_\_\_ B° o Localidad de trabajo \_\_\_\_\_ Urb. ( ) Rur ( )

Viajó los últimos 60 días? Si ( ) No ( ) Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha retorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Destino \_\_\_\_\_

¿Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

¿Conoce casos similares? Si ( ) o ( ) ¿Dónde? \_\_\_\_\_ Tuvo antes Dengue? SI/NO Año: 20\_\_

**ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN** (confirmar con carnet) TV/DV\*: Si ( ) No ( ); Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Antiamarílica: Si ( ) No ( ) Ign ( ); Última fecha de vacunación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fiebre Hemorrágica Argentina: Si ( ) No ( ) Ign ( ); Última fecha de vacunación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4. FUENTE DE NOTIFICACION**

Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel/cel: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre del notificador: \_\_\_\_\_

**5. EVOLUCION DEL CASO**

**Paciente Internado:** ( ) **Ambulatorio:** ( ) Fecha hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de muestra: Suero ( ) LCR ( ) Gota gruesa y frotis ( )

Firma y sello del médico: \_\_\_\_\_

\* **TV** (Triple Viral) Sampingón, Rubéola, Paperas **DV** (Doble Viral) Sarampión, Rubéola