



DEFINICIONES DE CASO

Chagas agudo congénito/vectorial

Caso sospechoso: toda persona menor de 18 meses hijo/a de una persona gestante con diagnóstico de Chagas.

Caso confirmado: caso sospechoso con confirmación de laboratorio por las siguientes técnicas: 1. técnicas parasitológicas con resultados positivos/detectable (PCR o microhematocrito/micrométodo) desde las 24 horas hasta los 10 meses de vida ó 2. dos técnicas serológicas, con diferente principio, con resultados positivos (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) entre los 10 y 18 meses de vida.

Caso descartado: caso sospechoso con resultados negativos por dos técnicas serológicas con diferente principio (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI).

Chagas agudo vectorial

Caso sospechoso: toda persona que presente: 1. Criterio clínico: a) Síndrome febril prolongado (mayor a 7 días de duración) acompañado de uno o más de los siguientes signos o síntomas: astenia, hepatoesplenomegalia, anemia, edemas, manifestaciones de meningoencefalitis y/o de miocarditis; o b) Chagoma de inoculación, complejo oftalmoganglionar, chagoma hematógeno y/o lipochagoma geniano y criterio epidemiológico: que resida o haya estado en los últimos cuatro meses en zona endémica para la transmisión vectorial de Chagas*. *al momento de la redacción de esta norma las provincias consideradas endémicas en Argentina son: Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.

Caso confirmado: caso sospechoso con confirmación de laboratorio (observación directa del parásito) o seroconversión de anticuerpos IgG dentro de los cuatro meses de producida la infección.

Chagas agudo por otras vías de transmisión

Caso sospechoso: toda persona que presente: 1. Criterio epidemiológico: Antecedentes de contacto con sangre u otro material biológico posiblemente infectado con T. cruzi (transfusiones, trasplante de órganos, accidente de laboratorio, uso de drogas inyectables,) o haber ingerido alimentos posiblemente contaminados con T. cruzi. Con o sin la presencia de criterio clínico: 2. Criterio clínico: síndrome febril prolongado (mayor a 7 días de duración) acompañado de uno o más de los siguientes signos o síntomas: astenia, hepatoesplenomegalia, anemia, edemas, manifestaciones de meningoencefalitis y/o de miocarditis.

Caso confirmado: caso sospechoso con confirmación de laboratorio (observación directa del parásito) o seroconversión de anticuerpos y que se haya confirmado la vía de transmisión (trasplante, transfusión, accidente de laboratorio o digestiva).

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento notificador:..... Provincia: Departamento:.....
 Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador/a:.....
 Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre y Apellido: Tipo de documento N°
 Lugar de residencia: Provincia Departamento: Localidad:
 Domicilio: Calle / Manzana: N° Piso: Depto: Cód. Postal:.....
 Teléfono: Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad:
 Sexo legal: Femenino Masculino No Binario
 Sexo asignado al nacer Femenino Masculino
 Se declara pueblo indígena: SI NO Etnia:
 Madre biológica: tipo de documento N°
 Cobertura social: Plan / seguro público Obra Social Plan de salud privado/mutual Ninguna

INFORMACIÓN CLÍNICA

Sintomático: SI NO Fecha de Inicio de síntomas:/...../.....
 Fecha de consulta: / / Establecimiento de 1ª consulta:
 Profesional:
 Internación SI NO
 Fecha de Internación: / / Establecimiento internación:
 Condición alta/egreso: Fallecido Fecha de fallecimiento: / /

SIGNOS Y SÍNTOMAS Y OTROS ANTECEDENTES

Seleccionar los signos y síntomas asociados al evento correspondiente.

- **Chagas agudo de transmisión vertical**

Prematurez	<input type="checkbox"/>	Bajo peso	<input type="checkbox"/>	Retardo en crecimiento	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Hepatitis neonatal	<input type="checkbox"/>	Sepsis neonatal	<input type="checkbox"/>
Meningoencefalitis	<input type="checkbox"/>	Miocarditis	<input type="checkbox"/>	Otros:	

- **Chagas agudo vectorial u otras vías de transmisión**

Miocarditis	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	Adenomegalias	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Hepatoesplenomegalia	<input type="checkbox"/>	Meningoencefalitis	<input type="checkbox"/>
Chagoma de inoculación	<input type="checkbox"/>	Complejo oftalmoganglionar	<input type="checkbox"/>	Otros:	

TRATAMIENTO

Benznidazol Nifurtimox Fecha de inicio:/...../..... Fecha de fin:/...../.....

LABORATORIO

Establecimiento de toma de muestra:
 Fecha de toma de muestra:/...../.....

EPIDEMIOLOGÍA

Residencia en zona endémica
 Viaje a zona endémica Fecha de viaje:/...../.....
 Visualizó vinchucas o rastros
 Riesgos de trabajo (accidentes Lab) Recibió transfusiones o trasplantes Reactivación en contexto de inmunosupresión
 Madre con diagnóstico de Chagas

Para caso con sospecha o confirmación de Chagas agudo vertical
 ¿Tiene otros hijos? SI NO ¿Cuántos? ¿Fueron estudiados para Chagas? SI NO
 Observaciones

CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso de Chagas agudo congénito/vertical	<input type="checkbox"/>
Caso confirmado de Chagas agudo congénito/vertical	<input type="checkbox"/>
Caso descartado de Chagas agudo congénito/vertical	<input type="checkbox"/>
Caso sospechoso de Chagas agudo vectorial	<input type="checkbox"/>
Caso confirmado de Chagas agudo vectorial	<input type="checkbox"/>
Caso sospechoso de por otras vías de transmisión	<input type="checkbox"/>
Caso confirmado de por otras vías de transmisión	<input type="checkbox"/>

Fecha: /...../.....
 Nombre y apellido notificador/a:
 Establecimiento:
 Teléfono:
 Correo electrónico:

Firma notificador/a:
 Matrícula:.....