



DEFINICIÓN DE CASO

**A. Caso sospechoso para la modalidad de vigilancia pasiva**

Toda persona asistida en un servicio de salud, que:

presente o haya presentado fiebre de comienzo brusco, acompañada de cefalea o mialgias sin afectación de las vías aéreas superiores;

y

presente manifestaciones neurológicas -vómitos, somnolencia, confusión, postración, temblores- meningitis o encefalitis;

y

Sin otra etiología definida (habiéndose obtenido resultados negativos para las etiologías más frecuentes infecciosas y no infecciosas)

Con o sin nexo epidemiológico con un brote reconocido de EEO

**B. Caso sospechoso para la modalidad de vigilancia activa<sup>1</sup>**

Toda persona que viva o trabaje en un predio donde esté ocurriendo un brote de EEO; y,

- presente (o haya presentado hasta 10 días previos al comienzo de la epizootia) fiebre de menos de 7 días de evolución, de comienzo brusco, acompañado de cefalea o mialgias sin afectación de las vías aéreas superiores, sin foco aparente y sin otra etiología definida.

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  Género: Mujer CIS  Varón CIS  Mujer Trans  Varón Trans  Desconocido / Otro

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Fecha de consulta: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Establecimiento de 1ª consulta:.....

SIGNOS Y SÍNTOMAS Y OTROS ANTECEDENTES

Fiebre de comienzo brusco	<input type="checkbox"/>	Mialgias	<input type="checkbox"/>	Temblores	<input type="checkbox"/>	Confusión mental	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	Somnolencia	<input type="checkbox"/>	Postración	<input type="checkbox"/>
Otras manifestaciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	Encefalitis	<input type="checkbox"/>	Otro/s.....	.....

COMORBILIDADES

Diabetes  Enfermedad cardiovascular  Enfermedad respiratoria crónica

Hipertensión arterial  Inmunocomprometido No VIH  Persona inmunosuprimida (VIH)

Otra/s.....

DATOS DE INTERNACIÓN

Fecha de Internación \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Establecimiento internación: .....

Terapia Intensiva: SI  NO  Fecha internación UTI \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Requerimiento de ARM: SI  NO  Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Fallecido SI  NO  Fecha de fallecimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Causa del fallecimiento: .....

<sup>1</sup> Si se trata de un caso de síndrome febril en vigilancia activa debe utilizarse la ficha de SFAI publicada en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas>

**LABORATORIO**

**Establecimiento de toma de muestra:** .....

**Fecha de toma de muestra:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Muestra:** Suero  Tejidos  LCR  Orina  Otra: .....

**DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**

*Estudiado para:* Dengue  Chikungunya  Encefalitis de San Luis  Fiebre del Nilo Occidental  Otro .....

**EPIDEMIOLOGÍA**

**Factores de riesgo/ Vías más probables de transmisión**

Zona c/humanos o equinos confirmados o probables EEO últimos 10 días

¿Estuvo (vive , trabaja , actividad recreativa ) en el campo, monte, lugar de recreación? NO  SI  Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Lugar (especificar ubicación): .....

¿Conoce otras personas enfermas? NO  SI  ¿Quién/es? .....

**Lugar probable de adquisición de la infección**

País	Provincia	Departamento	Localidad

La encuesta epidemiológica en terreno se encuentra publicada en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/herramientas>

.....  
Fecha y aclaración notificador/a