



DEFINICIÓN DE CASO

Caso sospechoso: toda persona que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 45 días) fiebre aguda - de menos de siete (7) días de duración- mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin 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 Nº
Lugar de residencia: Provincia:..... Departamento:..... Localidad:
Domicilio: Calle / Manzana: Nº..... Piso..... Depto.: Cód. Postal:
Teléfono: Fecha de nacimiento: __/__/__ Edad: Sexo al nacer: Femenino Masculino Indeterminado
Sexo legal: Femenino Masculino No Binario Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido / Otro
Ocupación
¿Se declara pueblo indígena? SI Etnia:

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas: __/__/__ Fecha de inicio de la fiebre: __/__/__ Ambulatorio Internado(*) Persona gestante
Fecha de consulta: __/__/__ Establecimiento de 1ª consulta:
¿Consultó previamente?: NO SI Fecha __/__/__

TRATAMIENTO

Hidratación parenteral SI NO
¿Recibió otro tratamiento previo a la toma de muestra?: SI NO No sabe ¿Cuál?:

*Completar Datos de internación en la sección correspondiente.

SIGNOS Y SÍNTOMAS Y OTROS ANTECEDENTES CLINICOS

Fiebre mayor a 38°C <input type="checkbox"/>	Exantema* <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/>	Encefalitis <input type="checkbox"/>
Cefalea <input type="checkbox"/>	Prurito <input type="checkbox"/>	Disnea <input type="checkbox"/>	Síndrome meníngeo <input type="checkbox"/>
Mialgias <input type="checkbox"/>	Púrpura <input type="checkbox"/>	Taquipnea <input type="checkbox"/>	Síndrome confusional <input type="checkbox"/>
Artralgia <input type="checkbox"/>	Petequias <input type="checkbox"/>	Hipotensión <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>
Dolor retrocular <input type="checkbox"/>	Epistaxis <input type="checkbox"/>	Shock hipovolémico <input type="checkbox"/>	Letargo/irritabilidad <input type="checkbox"/>
Dolor abdominal <input type="checkbox"/>	Gingivorragia <input type="checkbox"/>	Oligoanuria <input type="checkbox"/>	Aumento progresivo del hematocrito <input type="checkbox"/>
Anorexia <input type="checkbox"/>	Hemoptisis <input type="checkbox"/>	Miocarditis <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal intenso y continuo <input type="checkbox"/>
Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/>	Hematemesis <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia <input type="checkbox"/>	Vómitos persistentes <input type="checkbox"/>
Diarrea <input type="checkbox"/>	Melena <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia <input type="checkbox"/>	Derrame seroso <input type="checkbox"/>
Inyección conjuntival <input type="checkbox"/>	Leucopenia <input type="checkbox"/>	Trombocitopenia <input type="checkbox"/>	Malestar general <input type="checkbox"/>
Astenia <input type="checkbox"/>	Distress respiratorio <input type="checkbox"/>	Ictericia <input type="checkbox"/>	Metrorragia <input type="checkbox"/>

RX de tórax (describir):

Otros.....

*Los casos con fiebre y exantema sin otra etiología definida constituyen casos de Enfermedad Febril Exantemática y deben ser estudiados para sarampión/rubéola

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PREVIA - COMORBILIDADES

Sin comorbilidades <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Obesidad <input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial <input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica crónica <input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratoria crónica <input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal crónica <input type="checkbox"/>
Infección por VIH/SIDA <input type="checkbox"/>	Inmunocomprometido No VIH <input type="checkbox"/>	Enfermedad oncológica <input type="checkbox"/>	Enfermedad endocrinológica <input type="checkbox"/>
Enfermedad oncohematológica <input type="checkbox"/>	Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Abuso de drogas <input type="checkbox"/>	Hemoglobinopatía <input type="checkbox"/>
Hepatopatía crónica <input type="checkbox"/>	Enfermedad reumatológica <input type="checkbox"/>	Otra enfermedad metabólica <input type="checkbox"/>	Otra.....

LABORATORIO CLÍNICO

Hto:.....% GB:...../mm3. Fórmula: N...../L...../M...../B...../E..... Plaq:...../mm3. VSG..... mm

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

DATOS DE INTERNACIÓN

Establecimiento internación: Fecha de Internación: __/__/__

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

Médico/a tratante Teléfono del médico/a tratante.....

Fallecido: NO SI Fecha de fallecimiento: __/__/__

MUESTRAS PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Establecimiento de toma de muestra:

Fecha de toma de la primera muestra: __/__/__ Fecha de toma de la segunda muestra: __/__/__

Muestra: Suero Tejidos Sangre entera Plasma Suero pareado LCR Orina Coágulo Otra:

SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA / SOLICITUD DE ESTUDIOS PARA DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO: (Calificar SOLO las patologías sospechadas y numerarlas según orden de sospecha siendo 1 la principal y los números subsiguientes)

Dengue*	* Dengue SIN signos de alarma(DSSA) <input type="radio"/> Dengue CON signos de alarma (DCSA) <input type="radio"/> Dengue grave (DG) <input type="radio"/>		
Enfermedad del virus Zika	Fiebre amarilla	Hantavirus	Leptospirosis
Chikungunya	Encefalitis de San Luis	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)	Rickettsiosis
Encefalitis Equina del Oeste	Fiebre del Nilo Occidental	Paludismo	Otros

Especificar.....

*Consignar en la Solapa clínica del SNVS, en la sección Diagnóstico referido o constatado/Estadio Clínico, la clasificación clínica del dengue.

EPIDEMIOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO / VÍAS MÁS PROBABLES DE TRANSMISIÓN

¿Viajó durante los últimos 45 días? NO SI Fecha de viaje __/__/__ Destino/s: Fecha de regreso __/__/__

El caso es considerado: AUTÓCTONO¹ EN INVESTIGACIÓN IMPORTADO (en ese caso consignar a continuación el sitio probable)

Pais	Provincia	Departamento	Localidad

¿Este caso es parte del monitoreo de un brote en curso? NO SI ¿De qué localidad?

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

¿Estuvo en contacto con animales? NO SI Especificar cuáles

¿Conoce casos similares? NO SI ¿Quién/es?

ANTECEDENTES

¿Tuvo dengue previamente? NO SI Año:.....

Vacunación antiamarilica Fecha: __/__/__

Vacunación Dengue Nro de dosis Fecha: __/__/__

Vacunación Fiebre Hemorrágica Argentina Fecha: __/__/__

Vacunación Leptospirosis Fecha: __/__/__

.....
Fecha y aclaración del/la profesional responsable

¹ AUTÓCTONO: Cuando el sitio de adquisición es igual al lugar de residencia; IMPORTADO: cuando el sitio de adquisición es distinto al lugar de residencia (en ese caso hay que consignar país, provincia, departamento y localidad de adquisición) o EN INVESTIGACIÓN, cuando todavía se desconoce.

SOLICITUD DE PLASMA INMUNE (PLASMA DE CONVALECIENTE DE FHA)

Quien suscribe, Dr./Dra..... Matrícula N°....., médico/a de cabecera de el/la paciente.....
que se encuentra internado/a en la Clínica o Sanatorio.....solicita plasma de convaleciente de FHA, de grupo sanguíneo..... Rh

A fin de determinar la dosis de plasma adecuada informo que dicho/a paciente pesa..... Kg.

Se adjunta la ficha de notificación individual correspondiente y una muestra de sangre para serología extraída dentro de las últimas 24 hs

Lugar..... Fecha:...../...../..... Firma profesional de la salud:.....