

Definición de caso

Caso sospechoso: paciente > de 6 meses con por lo menos 14 días de tos, afebril, y que presenta uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio, vómito posterior al acceso de tos y expectoración mucosa y filante sin otra causa aparente. Todo < de 6 meses con infección respiratoria aguda, tos, apnea o cianosis independientemente del tiempo de evolución. En situación de brote se debe ajustar la definición de caso de acuerdo a la situación epidemiológica

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ 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 de consulta ____/____/____. Fecha de inicio de los síntomas ____/____/____
 Neumonías Tos Estridor inspiratorio
 Vómitos Tos paroxística Cianosis
 Convulsiones Fiebre Síntomas catarrales
 Duración de la Tos (en días) _____ días apnea

4. DATOS DE VACUNACION

Cuádruple Si No Triple bacteriana Si No Nº de dosis _____ Fecha última dosis ____/____/____

5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Estuvo en contacto con un caso sospechoso de tos persistente o con una persona con síntomas similares a la del caso? Si No N/C
 Quién? _____
 Tuvo conocimiento de algún otro caso confirmado de tos convulsa? Si No N/C
 Viajó en los últimos 30 días? Si No Lugar: _____
 Durante el viaje estuvo en contacto con un caso de Tos persistente? Si No N/C
 Asiste a alguna institución? Si No
 Domicilio laboral/ escolar: _____



6. EXAMENES DE LABORATORIO

Tipo de muestra	Fecha	Lugar enviado	Resultado	Técnica (Serología, PCR, Cultivo Viroológico)
Hisopado				
Aspirado				
Espuito				
Suero				

7. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

	Nº de contactos estudiados	Nº de contactos que recibieron ATB	Esquemas controlados	Esquemas completos
Contactos familiares				
Contactos laborales				
Contactos escolares				

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____
 Complicaciones Secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido
Clasificación Final Caso confirmado
 Caso descartado

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



Definición de caso

Caso Sospechoso: Enfermedad caracterizada por laringitis o faringitis o amigdalitis y membrana blanco-grisácea, nacarada, adhesiva de las amígdalas, la faringe o la nariz, que sangra al forzar para desprenderla y fiebre baja.

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ 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 de inicio de síntomas. ____/____/____

Amigdalitis Membrana Laringitis
 Faringitis Temperatura _____°C Adenopatías

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Posible fuente de infección: (10 días previos a los primeros síntomas): _____
 ¿Dónde Residió? (Lugar) _____
 ¿Viajó? Si No Lugar. _____
 ¿Estuvo en contacto con un caso de difteria?: Si No N/S
 ¿Otro/s caso/s de difteria en la zona? : Si No N/S
 Antecedentes de vacunación, toxoide antidiftérico (doble, triple o cuádruple bacteriana) Si No
 Número de dosis: _____ Fecha última dosis. ____/____/____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de extracción de muestra. ____/____/____. Tipo de Muestra: Hisopado Membrana
 Terapia antibiótica previa Si No Fecha ____/____/____
 Laboratorio regional Si No Fecha ____/____/____
 Laboratorio referencia Si No Fecha ____/____/____



6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Vacunación de bloqueo: Si No N° dosis: _____ Fecha. ____/____/____
Profilaxis antibiótica : Si No

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____
Requirió antitoxinas: Si No
Recuperado ad integrum Alta con secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido
Causa fallecimiento: _____

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



Definición de caso

Sospechoso: síndrome febril inespecífico acompañado de transpiración profusa, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea, artralgia y dolor generalizado, vinculado epidemiológicamente a contacto ocupacional con animales o consumo de productos de origen animal contaminados.

Probable: caso sospechoso con una prueba serológica de tamizaje positiva (aglutinación con antígeno tamponado (BPA), Rosa de Bengala (RB), microaglutinación para B canis (RSAT), Huddleson)

Confirmado: caso sospechoso o probable que es confirmado en laboratorio. (Bacteriológicas: aislamiento de Brucella spp del espécimen clínico (hemocultivo, mielocultivo, biopsias, etc) Serológicas: prueba de Wright y otras que permiten la detección de anticuerpos IgG específicos en suero del paciente (Fijación de Complemento, CELISA, IELISA, etc.)

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ 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 de inicio de los síntomas ____/____/____. Fecha de primera consulta ____/____/____
 Diagnóstico previo de Brucelosis Si No
 Inicio súbito Inicio insidioso Fiebre continua Fiebre intermitente Cefalea Astenia
 Mialgias Artralgias Sudoración profusa Depresión Anorexia Pérdida de peso

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana Periurbano Rural Silvestre
 Si cambio de ocupación dentro de los 6 meses de comienzo, indicar ocupación previa: _____
 Contacto con vacas, cabras o cerdos dentro de los 6 meses anteriores a la fecha de comienzo: Si No Se Ignora
 Contacto con vacuna bovina cepa 19 o Rev-1 Si No Fecha. ____/____/____
 Consume leche o derivados : Nunca Ocasionalmente Frecuentemente
 Consume leche cruda o derivados lácteos crudo? Si No
 Especificar productos, fuentes de provisión y fechas _____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de muestra.1. ____/____/____. Material remitido: _____
 Método: _____ Resultado: _____
 Fecha de muestra.2. ____/____/____. Material remitido: _____
 Método: _____ Resultado: _____



6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Tratamiento del paciente:

Droga 1: _____ Dosis _____ Días: _____

Droga 2: _____ Dosis _____ Días: _____

Investigación de los contactos y expuestos al mismo riesgo: Si No

Se identificó el vehículo común de infección

(ej.: leche cruda, quesos, otros lácteos): Si No Cuál?: _____

Se hicieron pruebas en el ganado sospechoso y se eliminaron a los reactivos: Si No

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____

Alta sin secuelas Alta con secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido

Diagnóstico final _____ Laboratorio Nexo epidemiológico

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



Definición de caso

Caso sospechoso: caso compatible con la descripción clínica y tiene antecedentes epidemiológicos de contactos con casos confirmados o presuntos en animales o con productos de origen animal contaminados.

Caso confirmado: Caso clínico sospechoso con confirmación de laboratorio. Criterios de laboratorio para el diagnóstico. 1 -Frotis de exudado de pústula, o tomado bajo de la escara o de exudado de edema. 2-Cultivo de los materiales anteriores y hemocultivos. La negatividad de 1) y 2) no excluye el diagnóstico. 3- Serología: enzimoimmunoensayo (ELISA), Western Blott y reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ 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 de inicio de la lesión: ____/____/____ Fecha diagnóstico clínico: ____/____/____
 Tipo de lesión/es : _____
 Ubicación de la lesión/es: _____
SIGNOS (Marcar con una X)
 Fiebre°C Vómitos Escalofríos Cefaleas Astenia Edemas Náuseas
 Otros _____

4. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra.. ____/____/____.
Tipo de muestra
 Exudado/trasudado Pústula Sangre Suero
Pruebas diagnósticas realizadas
 Frotis Cultivo e identificación Elisa Western Blot PCR

5. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación _____ Lugar de trabajo _____ Localidad. _____
 Mortandad de animales SI NO Número de animales muertos por especie: _____
 Propietario _____
Estuvo en contacto con
 Carne vísceras huesos cuero de animal enfermo o muerto?
 Suelo posiblemente contaminado



6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Individual

Tratamiento del paciente. Si No Droga _____
 Quimioprofilaxis Si No Droga _____

Comunitaria

Seguimiento clínico de contactos o expuestos al mismo riesgo Si No
 Identificación y eliminación de la fuente de infección Si No
 Vacunación de animales Si No
 Vacuna utilizada _____ período entre vacunaciones _____
 Cómo elimina los cadáveres de animales muertos? _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____
 Alta sin secuelas Alta con secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido
 Diagnóstico final _____ Laboratorio Nexo epidemiológico

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



Definición de caso

Todo caso de parálisis aguda flácida: síndrome de Guillain Barré, poliomielitis, mielitis transversa, meningoencefalitis, parálisis discalémicas, polineuritis, polirradiculoneuropatías, etc.

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Año _____ Fecha de consulta: ____/____/____ N° de Caso _____
 Apellido y nombres: _____ HC N° _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
 Urbano Rural Departamento _____ Provincia _____

2. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ Público Privado S.Social Otro
 Apellido y Nombre del Profesional: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
 Tel.: _____ Fax: _____ e-mail: _____

3. DATOS DE VACUNACION

Vacuna SABIN Si No N/S N° de dosis _____ Fecha última dosis ____/____/____
 Vacuna SALK Si No N/S N° de dosis _____ Fecha última dosis ____/____/____

4. DATOS CLINICOS

Fecha de comienzo de la investigación: ____/____/____

Inmunodeficiencia Si No Especificar: _____

PRODROMOS	FIEBRE	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENINGEOS	DOLOR MUSCULAR
No					
Sí					
No Sabe					

Parálisis

Semana Epidemiológica N° _____

Inicio ____/____/____ Fiebre Si No N/S

Días de instalación total de la parálisis _____

MIEMBRO	PARALISIS						REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS (*)					SENSIBILIDAD(*)				
	PROXIMAL			DISTAL												
	Sí	No	NS	Sí	No	NS										
Brazo derecho							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Brazo izquierdo							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Pierna derecha							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Pierna izquierda							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS

(*) N = Normal, H = Aumentado, D = Disminuido, A = Ausente, NS = No Sabe (Marcar lo que corresponda)

Progresión de la Parálisis

ASCENDENTE	DESCENDENTE	SIN PROGRESIÓN	SIMÉTRICA	ASIMÉTRICA	DESCONOCIDA

Compromiso de pares craneanos Si No N/S

Compromiso respiratorio Si No N/S

ARM Si No N/S

LCR Si No

Disociación albúmino/citológica Si No

Fecha ____/____/____



5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Posible fuente de infección durante los 30 días previos a la parálisis

¿Dónde residió? Lugar _____ Fecha ____/____/____

¿Viajó? Si No Lugar _____ Fecha ____/____/____

En esa zona hubo algún caso de poliomielitis? Si No

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Vacunación de bloqueo Si No N° de dosis _____ Fecha ____/____/____

7. EXAMENES DE LABORATORIO

Materia Fecal Si No

Fecha Muestra ____/____/____ Fecha Recepción del Laboratorio ____/____/____

Resultado: Enterovirus Adenovirus Polio Vacunal Salvaje Negativo

Otros _____ Fecha ____/____/____

8. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Evaluación a los 60 días: Si No Fecha: ____/____/____

Parálisis Residual Si No N/S Atrofia Si No N/S EMG Si No

CLASIFICACIÓN FINAL

Fecha ____/____/____

Polio Compatible con Polio Relacionado con VOP

Descartado: G. Barré Neuritis Traumática Mielitis Transversa Tumor Otros

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



Definición de caso

Caso sospechoso: Todo recién nacido que durante los dos primeros días de vida haya succionado y llorado normalmente y que a partir del tercer día presenta algún signo o síntoma compatible con tétanos. El período de incubación es comúnmente de 7 días, variando entre 3-28 días..

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ 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 de Inicio de los síntomas ____/____/____
 ¿Succionaba y lloraba normalmente al nacer? Si No N/S
 Ombligo infectado Si No
 Peso al nacer (u hospitalización) _____ gramos
 Temperatura _____ °C Temperatura. Máxima _____ °C Temperatura. Mínima _____ °C
 Trismo (incapacidad para succionar) Si No N/S Fecha de inicio ____/____/____
 Rigidez corporal Si No N/S Fecha de inicio ____/____/____
 Espasmos musculares Si No N/S Fecha de inicio ____/____/____
 Ictericia Si No N/S Fecha de inicio ____/____/____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Apellido y Nombres de la Madre _____
 Domicilio: _____ Localidad _____
 Departamento _____ Provincia _____
 Tel/Fax _____ Móvil _____ mail _____
 Edad: _____ años N° de embarazos: _____ N° de partos: _____ N° de hijos vivos: _____
 Antecedentes de vacunación, toxoide antitetánico (antitetánica o doble bacteriana) Si No N/S
 Número de dosis: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____
 Número de consultas prenatales: _____ Lugar de atención prenatal: _____
 Domicilio del establecimiento: _____
 Agente que asistió el parto: Médico Enfermera Partera Matrona Familiar Otro



5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de extracción de muestra. ____/____/____.

CPK

Aldolasa:

Leucocitos

Cultivo de C. Tetani

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Investigación de caso. Si el caso identifica un área geográfica que notifica un alta incidencia de TNN comparada con la media nacional en cualquiera de los tres (3) años anteriores (es decir, una tasa igual o mayor a 1 por 1000 nacidos vivos), o si se trata de una zona que no tiene una vigilancia adecuada (silenciosa) se vacunará y completará un esquema de 5 dosis a todas las mujeres en edad fértil

Estrategia de vacunación (mujeres en edad fértil, embarazadas) junto al mejoramiento de la atención obstétrica aumentando la proporción de partos atendidos por personas expertas.

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Fecha hospitalización: ____/____/____ Gamaglobulina

Recuperación ad integrum Secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido

Clasificación Final Caso confirmado

Caso descartado

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



Definición de caso

Caso sospechoso: Todo paciente, cualquiera sea su edad, que reúna los criterios clínicos de espasmos localizados o generalizados a predominio cefálico, graves o que puedan ser agravados por estímulos externos, sin ninguna otra causa médica aparente, con antecedentes o no de heridas (traumáticas, quirúrgicas o por inyectables).

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ 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 de Inicio de los síntomas ____/____/____
 Trismo Si No N/S Fecha de inicio ____/____/____
 Rigidez corporal Si No N/S Fecha de inicio ____/____/____
 Convulsiones Si No N/S Fecha de inicio ____/____/____
 Contracciones espásticas Si No N/S Fecha de inicio ____/____/____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Antecedentes de heridas, abscesos, úlceras de decúbito, gangrenas, abortos, quemaduras, infecciones del oído medio, cirugías, inyecciones de drogas ilícitas contaminadas) Si No N/S
 Fecha de herida: ____/____/____
 Antecedentes de vacunación, toxoide antidiftérico (doble, triple o cuádruple bacteriana) Si No N/S
 Número de dosis: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de extracción de muestra. ____/____/____.

CPK	Aldolasa:
Leucocitos	Cultivo de C. Tetani



6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Control de carnet	Monitoreo de coberturas en terreno	Coberturas administrativas	Tratamiento de heridas
-------------------	------------------------------------	----------------------------	------------------------

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Fecha hospitalización: ____/____/____

Antitoxina Si No Gamaglobulina Si No

Recuperación ad integrum Secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido

Clasificación Final Caso confirmado
Caso descartado

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



Definición de caso

Caso confirmado: Criterio de laboratorio: animal con manifestaciones clínicas compatibles con rabia y que presente Inmunofluorescencia directa (IFD), ensayo biológico en ratones (EB) y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positivas/ IFD negativa y EB positiva/ IFD positiva, EB negativa y PCR positiva.

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
 Apellido y Nombre del Profesional: _____
 Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. DATOS DEL CASO

Especie: perro gato vaca caballo murciélago otro _____
 Propietario Si No
 Domicilio _____ Localidad: _____ Provincia _____
 Establecimiento ganadero Si No
 N° total de animales _____ N° animales enfermos _____ N° animales muertos _____

3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Vacunación antirrábica previa Si No
 vacuna utilizada _____ Fecha última vacunación ____/____/____
 Exposición al animal 10 días antes de morir
 Mordió Si No a quién?: humano animal Fecha ____/____/____
 Otro contacto Si No a quién?: humano animal Fecha ____/____/____

4. EXAMENES DE LABORATORIO

Toma de muestra: Fecha. ____/____/____ Tipo de muestra Cerebro Cabeza Animal entero

TÉCNICA	RESULTADO
I.F.D.	
EB	
PCR	

5. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Comunitaria

Búsqueda de personas expuestas al animal Si No N° personas _____
 Búsqueda y eliminación de animales no vacunados mordidos Si No N° animales _____
 Vacunación antirrábica de bloqueo en caninos y felinos de esa localidad frente a un brote de rabia urbana Si No N° dosis aplicadas _____

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico

Definición de caso

Caso sospechoso de accidente por mordedura o contacto infectante presuntamente a virus rábico: persona con mordedura o lamedura de mucosa o herida producida por un animal silvestre (especialmente murciélago), perros y gatos imposibles de observar, animales silvestres domesticados (monos, coatí, otros), o por animales sospechosos o rabiosos.

Caso probable: Todo enfermo que presente un cuadro clínico neurológico con antecedentes de exposición a infección por el virus rábico.

Caso confirmado: Es el caso probable en que se demostró virus rábico a través del estudio por laboratorio (aislamiento viral, inmunofluorescencia, PCR).

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Establecimiento Notificante: _____ 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 de inicio de los síntomas ____/____/____. Fecha de primera consulta ____/____/____

Región anatómica de la mordedura:

Cabeza, cuello o yema de dedos Miembros superiores Otros _____

Sígnos clínicos:

Ninguno angustia cefalea alteración sensorial
 excitación hiperestesia fotofobia midriasis
 hipersalivación parálisis músculos respiratorios coma muerte

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación: _____ Fecha de la exposición ____/____/____

Mordedura de algún animal: Si No Otro tipo de contacto presuntamente infectivo: Si No

Lugar donde ocurrió la exposición:

Localidad _____ Provincia: _____ País: _____

Datos del animal sospechoso:

Especie animal perro gato murciélago Otro _____

Estado del animal vivo muerto desconocido

Observación antirrábica Si No

Envío de muestra al laboratorio Si No

Tipo de muestra _____ Metodología _____ Resultado _____



5. EXAMENES DE LABORATORIO

Toma de muestra Si No Fecha ____/____/____

Tipo de muestra Cerebro Suero L.C.R

TÉCNICA		RESULTADO
DETECCIÓN DE ANTÍGENO	I.F.D.	
	Inoculación a ratones	
SEROLOGÍA	IFI	
	ELISA	
	CIE	
	Seroneutralización	

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Individual

Tratamiento local de la herida Si No

Administración de antibióticos Si No Cuál? _____

Tratamiento antirrábico post exposición

Vacunación Si No Dosis/ aplicación _____ Nº de aplicaciones _____

Tipo de vacuna _____ Reacción adversa Si No Cuál? _____

Gamma-globulina Si No Dosis _____

Comunitaria

Búsqueda de personas expuestas al mismo riesgo con heridas Si No Nº personas _____

Búsqueda de contactos con heridas espuestas a la saliva del paciente Si No Nº contactos _____

Búsqueda y eliminación de animales no vacunados mordidos Si No Nº animales _____

Vacunación antirrábica focal en caninos y felinos de esa localidad frente a un brote de rabia urbana Si No Nº dosis aplicadas _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____

Favorable Complicaciones neurológicas post vacunales Fallecido Fecha ____/____/____

Diagnóstico final _____

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



Definición de caso

caso sospechoso de chagas agudo: Persona de cualquier edad y sexo con síndrome febril prolongado, más la presencia de otro síntoma específico o inespecífico (esplenomegalia o chagoma) y sea residente o haya estado en zona endémica en los últimos 12 meses, tenga antecedentes de contacto con sangre (transfusiones, drogadicción IV, accidentes de trabajo) u otro material biológico en los últimos 12 meses o edad menor que 12 meses hijo de madre positiva.

Caso sospechoso de chagas agudo: Recién nacido hijo de madre con serología positiva para Chagas

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ 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 de inicio de la fiebre ____/____/____. Fecha de consulta ____/____/____

EXAMEN FÍSICO (colocar datos positivos, de lo contrario escribir normal)

Cabeza y cuello (mucosa y esclerótica): _____
 Ap Respiratorio: _____
 Ap Locomotor: _____
 Ap Neurológico: _____
 Ganglios: _____
 Abdomen (hígado y bazo): _____

DATOS CHAGAS CONGENITO

Peso al nacer.....grs Nació a término? ? SI NO Meses de gestación.....semanas
 Lactancia materna? SI NO Sind febril prolongado Convulsiones Diarrea prolongada
 Adenopatías Anemias Hepatoesplenomegalia Coriza Edemas
 Otros _____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Dónde vivió los primeros 15 años? _____
 Tipo de vivienda de esos años: Pared: Adobe Ladrillo Revocado Techo: Paja Otros
 Tuvo vinchucas? SI NO N/S
 Tipo de vivienda actual: Pared: Adobe Ladrillo Revocado Techo: Paja Otros
 Tiene vinchucas? SI NO N/S
 Recibió transfusiones de sangre? SI NO
 La madre es chagásica? SI NO N/S
 Recibió o donó órganos? SI NO Fecha cirugía ____/____/____



ANTECEDENTES

Enfermedades previas (edad que las padeció): _____

Sospecha de chagas aguda actual SI NO En el pasado? SI NO N/S

Chagomas Exantemas Alteraciones cardiovasculares Sind febril prolongado

Convulsiones. Diarrea prolongada Adenopatías Anemias Hepatoesplenomegalia

Otros: _____

SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

Chagas agudo Chagas congénito Otro: _____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

BUSQUEDA DEL PARASITO EN SANGRE

Fecha de muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

Fecha de muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

Fecha de muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

SEROLOGIA

Fecha de la 1ª muestra: ____/____/____ Resultado _____ Método: _____

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

Fecha de la 3º muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Tratamiento indicado al paciente: _____

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

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

(según norma) Nº de contactos positivos: _____

Control con insecticidas: Si No Nº de viviendas tratadas: _____

Insecticida utilizado: _____ Cantidad aplicada: _____

Otros controles realizados: _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____

Condición del alta: _____ Fecha del alta: ____/____/____

Clasificación final: Chagas Agudo Si No Chagas Congénito Si No

IMPORTANTE:

- 1) Recién nacido de madre chagásica: **realizar microstrout**: si es (+) iniciar tratamiento, si es (-) **realizar serología nuevamente a los 6 meses de vida**: si es (+) confirmado por 2 técnicas, iniciar tratamiento.
- 2) Iniciar tratamiento a todo **menor de 15 años con serología (+)** confirmado por 2 o más técnicas.
- 3) Iniciar tratamiento a todo **mayor de 15 años con sospecha de chagas agudo**, clínica o confirmado por laboratorio.
- 3) Solicitar (presentado esta ficha, la edad y el peso de paciente) el medicamento para el tratamiento adecuado

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



Caso sospechoso de dengue hemorrágico: Fiebre o antecedente reciente de fiebre, manifestación hemorrágica evidenciada por uno de los siguientes signos: Prueba del torniquete positiva, petequias, equimosis o púrpuras, hemorragia gingival, tracto gastrointestinal, hematemesis, melena. Trombocitopenia (100.000/mm³ o menos) Extravasación de plasma por aumento de la permeabilidad capilar, manifestada al menos por uno de los siguientes: 20% de aumento de hematocrito sobre los valores normales disminución del 20% del hematocrito luego del tratamiento, presencia de signos de pérdida de plasma : derrame pleural, ascitis e hipoproteinemia.

Caso sospechoso de síndrome de choque por dengue: todo lo anterior más evidencia de insuficiencia circulatoria con manifestaciones de: Pulso rápido y débil, disminución de la presión del pulso ,o hipotensión para la edad, piel fría, húmeda y agitación.

DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
 Apellido y Nombre del Profesional: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ e-mail: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Peso: _____ Kg. Talla: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
 Urbano Rural Departamento _____ Provincia _____

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Padeció dengue anteriormente? Si No En qué año? _____ En qué país? _____
 Hay casos de dengue en la familia? Si No En la escuela? Si No En el barrio? Si No
 Padeció dengue la madre anteriormente (en el primer año de vida)? Si No
 Otras observaciones: _____



Hoja 2

DATOS CLINICOS Y DE INTERNACION (1)

Fecha de inicio de la fiebre: ____/____/____ Hora de inicio: _____ Fecha de la consulta: ____/____/____

Fecha de internación: ____/____/____ Hora de internación: _____

Día de síntomas al momento de hospitalización

Signos / Síntomas a evaluar c/ día	No	Si	1	2	3	4	5	6	≥7	Observaciones
Fiebre referida										
Hipotermia (caída en crisis de T°)										
Cefalea										
Mialgias/artralgias										
Dolor retroocular										
Exantema										
Diaforesis profusa										
Edema clínico										
Sangrado										
por historia										
espontáneo										
provocado										
Dolor abdominal										
Dolor hepático a la percusión										
Vómitos: Número										
Lipotimia										
Astenia										
Somnolencia										
Irritabilidad										
Diarrea										
Frialdad de miembros										
Cianosis										
Palidez										
Taquipnea										
Taquicardia										
Taquisfigmia										
Ictericia										
Hepatomegalia										
Rx. Tórax										
Derrame derecho										
Derrame izquierdo										
Hemorragia pulmonar										
Edema pulmonar										
Derrame pericárdico										
Ecopleura: hidro tórax										
derecho										
izquierdo										
Ecografía abdominal										
Edema peri-vesicular										
Ascitis										
Edema de páncreas										
Edema peri renal										



Hoja 3

DATOS CLINICOS Y DE INTERNACION (2)

Día de síntomas al momento de hospitalización

Signos / Síntomas a evaluar c/ día	No	Si	1	2	3	4	5	6	≥7	Observaciones
Presión de pulso, la menor de cada día										
A: (≤ 10 mm Hg)										
B: (10 a ≤ 15 mm Hg)										
C: (16 a ≤ 20 mm Hg)										
Hipotensión (para la edad)										
Duración del shock										
A: < 6 h										
B: 6 a <12 h										
C: 12 <24h										
D: 24 a < 48h										
E: 48 horas o mas										
Clasificación según riesgo										
A										
B										
C										
D										

Otros síntomas: _____

Complicaciones: _____

Presencia de signos de alarma: _____

DATOS DE LABORATORIO CLINICO

Día	1		2		3		4		5		6		≥ 7	
	Mín	Máx												
Ht.														
Hb.														
Leucocitos														
Linf. Atípico														
Plaquetas														

	No realizada	< 4,3 RN	< 6,1 (1 – 7 a)	< 6,4 (8 – 12 a)	< 6,6 (13 – 18 a)
Albúmina (Hipoalbuminemia)					

	No realizada	< 40 mg / dl	> 40 mg / dl
Proteína C reactiva			



Hoja 4

DATOS DE LABORATORIO MICROBIOLOGICO

Fecha de la 1ª muestra: ____/____/____ Resultado:_____ Método:_____

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

Fecha de la 3ª muestra: ____/____/____ Resultado:_____ Método:_____

Fecha de la 4ª muestra: ____/____/____ Resultado:_____ Método:_____

EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Fecha del alta: ____/____/____

Fecha de defunción: ____/____/____

Condición del alta: _____

Clasificación final: Dengue Hemorrágico Grado A Grado B Grado C Grado D

Fecha: ____/____/____

DEFINICIONES

- **Astenia:** falla o pérdida de la fuerza, energía o debilidad
- **Ascitis:** colección de líquido a nivel abdominal
- **Cefalea:** dolor de cabeza
- **Cianosis:** coloración azul de la piel y las membranas mucosas,
- **Dolor retroocular:** sensación desagradable producida por estímulos de las terminaciones nerviosas sensoriales de los músculos que mueven el globo ocular
- **Somnolencia:** estado de sueño o adormecimiento,
- **Irritabilidad:** sujeto que se enoja con facilidad, gruñón o colérico,
- **Inquietud:** situación de estrés físico o emocional,
- **Taquipnea:** respiración promedio mas 2 desviaciones estándar para la edad: >60 para RN, >de 50 pára niños de 2 meses a 1 año y > de 40 para niños de 2 a 5 años
- **Postración:** fatiga, cansancio, decaimiento, extenuación
- **Presión de pulso:** la diferencia entre la presión sistólica y la diastolica expresada en milímetros de mercurio
- **Taquisfimia:** aumento de la frecuencia del pulso

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



Definición de caso

Caso sospechoso: todo paciente menor de 1 año con uno o más de las siguientes manifestaciones congénitas: cataratas, defectos cardiacos, sordera, púrpura, de quien el personal de salud de cualquier nivel de atención sospeche SRC. Sospechar SRC si la madre tuvo o se sospechó infección con virus de rubéola o confirmación por laboratorio en el embarazo. Los lactantes con bajo peso deben ser examinados en busca de defectos congénitos específicos de SRC.

CLASIFICACION INICIAL

Sospechoso por datos clínicos:

Hijo de madre con sospecha o confirmación de rubeola:

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Establecimiento Notificante: _____ 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 de consulta: ____/____/____ Peso Nacer: _____gramos Edad Gestacional: _____ semanas

Signos Clínicos

- | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Alteraciones Oculares | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | desc <input type="checkbox"/> | Hepatomegalia | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | desc <input type="checkbox"/> |
| Alteraciones cardiacas | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | desc <input type="checkbox"/> | Ictericia | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | desc <input type="checkbox"/> |
| Alteraciones Auditivas | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | desc <input type="checkbox"/> | Esplenomegalia | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | desc <input type="checkbox"/> |
| Microcefalia | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | desc <input type="checkbox"/> | Osteopatía | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | desc <input type="checkbox"/> |
| Púrpura | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | desc <input type="checkbox"/> | | | | |

Otros _____

Estudios	Fecha	Resultado
Otorrino		
Cardiología		
Oftalmología		
Neurología		
Otros:		



4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Apellido y Nombres de la Madre _____

Edad de la Madre: _____ años

Nº de embarazos anteriores: _____

Antecedentes durante el embarazo

Rubéola Confirmada Si No N/S semana embarazo: _____Enf. Similar rubéola Si No N/S semana embarazo: _____Expuesta a rubéola Si No N/S semana embarazo: _____ Lugar _____Viajes Si No N/S semana embarazo: _____ Lugar _____Vacuna Rubeola Si No N/S Número de dosis: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado (P:+, N:-, D:desc)	Diag. De Laboratorio*

*Diag de laboratorio: 1. Rubéola 2. Citomegalovirus 3. Toxoplasmosis 4. Sífilis 5. Herpes. 6. Otros (cuál)

Otros Estudios De Laboratorio

Hisopado orofaríngeo: Fecha ____/____/____ Resultado _____

Orina Fecha ____/____/____ Resultado _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Bloqueo: Si No Nº manzanas visitadas: _____Aislamiento: Si No Lugar: _____

CONTACTOS	DOMICILIO/TELEFONO	Nº ESTUDIADO	Nº VACUNADO	Nº NO VAC.	DOSIS APLICADAS
FAMILIARES					
INSTITUCIONALES					
ESCOLARES					
OTROS					

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____Institución _____ Fallecido Fecha ____/____/____SRC confirmado por laboratorio Infec. Congénita Rubéola (ICR) SRC confirmado por diagnóstico clínico Compatible con SRC Descartado Otro

Origen de la Infección de la Madre:

Importado Autóctono Relacionado a importación Desconocido

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



Definición de caso

Caso sospechoso de SARAMPION: Paciente de cualquier edad, con fiebre (38° o más) y exantema y cualquiera de los 3 catarrros: Bronquial(tos), Nasal(rinorrea) o conjuntival(conjuntivitis)

Caso sospechoso de RUBEOLA: Paciente de cualquier edad, con fiebre, exantema y adenopatías cervicales, suboccipitales o retroauriculares y/o artralgia/artritis.

CLASIFICACION INICIAL

Caso Sospechoso de Sarampión:

Caso Sospechoso de Rubeola :

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Establecimiento Notificante: _____ 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 DE VACUNACION

VACUNA	(Marque con una X)				Fecha última dosis
Componente antisarampión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desconocido <input type="checkbox"/>	No corresponde <input type="checkbox"/>	____/____/____
Componente antirrubéola	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desconocido <input type="checkbox"/>	No corresponde <input type="checkbox"/>	____/____/____

4. DATOS CLINICOS

Fecha de consulta: ____/____/____

Fiebre Fecha de Comienzo ____/____/____ Catarro Nasal

Exantema Fecha de Comienzo ____/____/____ Conjuntivitis

Tos Adenopatía

Artralgia/Artritis

Embarazada Si No N/S Semanas de gestación _____ Lugar del parto _____

5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Antecedentes de exposicion

¿Tuvo contacto con un caso confirmado de sarampión / rubeola en las 7 - 23 días antes del inicio del exantema? Si No N/S

Dónde _____

¿Viajó en los últimos 7 – 23 días antes del inicio del exantema? Si No

Dónde _____

¿Estuvo en contacto con alguna embarazada desde el comienzo de los síntomas? Si No Semanas de gestación _____



6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Visita domiciliaria Si No N° de contactos _____ Fecha ___/___/___
 Otros Si No N° de contactos _____ Fecha ___/___/___
 Vacunación de bloqueo Si No N° de dosis aplicadas _____

7. EXAMENES DE LABORATORIO

Sangre Suero

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado		Comentarios*
				Sarampión	Rubeola	
1º						
2º						

Hisopado orofaríngeo Aspirado orofaríngeo Orina Otras _____

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado		Comentarios*
				Sarampión	Rubeola	

8. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ___/___/___
 Institución _____ Fallecido

CLASIFICACIÓN FINAL (No llenar. Se clasifica en el nivel central de cada jurisdicción) Fecha ___/___/___

Confirmado <input type="checkbox"/>	Sarampión <input type="checkbox"/>	Por Laboratorio <input type="checkbox"/>
	Rubeola <input type="checkbox"/>	Por Nexo Epidemiológico <input type="checkbox"/>
Origen de la Infección:		
Importado <input type="checkbox"/>	Autóctono <input type="checkbox"/>	
Relacionado a importación <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
Descartado <input type="checkbox"/>		
Sarampión/Rubéola Negativo <input type="checkbox"/> Posvacunal <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
Compatible <input type="checkbox"/>		

Fecha ___/___/___

Firma y Sello Médico



Definición de caso

Caso sospechoso: toda persona que presenta parestesia de boca y extremidades acompañada o no de síntomas gastrointestinales con antecedentes de ingestión de moluscos bivalvos y/o gasterópodos marinos.

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ 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

Parestesias Labios Cara Brazos Dedos de la mano Piernas Dedos del pie
 Otros: _____
Dificultades para: Hablar Respirar Estar de pie Levantarse
 Sensación de ingravidez Embotamiento Cefalea Náuseas
 Mareos Parálisis Paro respiratorio Alteración de la función renal
 Otros: _____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Clase de molusco ingerido: _____
 Lugar donde lo ingirió: Captura-Lugar _____
 Restoran _____
 Otros _____
 Procedencia del molusco: _____
 Forma de preparación: cocido crudo agregado de limón ó vinagre caldo o sopa de mariscos
 Nº aproximado de moluscos ingeridos _____ Bebida alcohólica: Si No
 Otros alimentos ingeridos simultáneamente _____

 Día y hora de la ingestión de la comida sospechosa: Fecha ____/____/____ Hora ____:____
 Fecha y hora de comienzo de los síntomas: : Fecha ____/____/____ Hora ____:____
 Tipo de caso: esporádico asociado a brote



5. EXAMENES DE LABORATORIO

Material recogido para las muestras

Moluscos de la zona Restos de comida Envases de igual partida Contenido gástrico

Determinación de la Toxina

Toxicidad del molusco comido _____ UR/100 Cantidad ingerida estimada _____ UR/100

Observaciones _____

Laboratorio de la determinación

Determinación de toxina en moluscos del área analizada: _____ UR/100 Fecha ____/____/____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Tratamiento recibido

Lavado gástrico Bicarbonato de Sodio Carbón activado

Asistencia Respiratoria mecánica Cuidados Intensivos Otros

Describe Otros _____

Búsqueda de expuestos: Si No Cuántos? _____

Coordinación con otras áreas involucradas (Bromatología-Saneamiento, etc): Si No

Describir brevemente _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____

Alta sin secuelas Alta con secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido

Caso sospechoso Caso confirmado por laboratorio de IPM Por Nexo epidemiológico Descartado

Observaciones: _____

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



Definición de caso

Caso sospechoso: síndrome respiratorio febril agudo con cefalea y neumonía con antecedentes de contacto o exposición a aves.

Caso probable: caso sospechoso con demostración de anticuerpos por las técnicas de inmunofluorescencia indirecta. Otra técnica es la reacción de fijación de complemento.

Caso confirmado: paciente sospechoso o probable con resultado positivo de al menos uno de los cuatro métodos de laboratorio: citodiagnóstico, inmunofluorescencia directa -IFD-, test de ELISA e inmunocromatografía

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ 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 de inicio de los síntomas ____/____/____. Fecha de consulta ____/____/____

Fecha de internación ____/____/____

Astenia	<input type="checkbox"/>	Bradycardia	<input type="checkbox"/>	Disnea	<input type="checkbox"/>	Sind. Meníngeo	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	Alteración sensorio	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Expectoración	<input type="checkbox"/>		
Mialgia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>		

Radiología _____

Otros Signos y observaciones: _____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana Periurbano Rural Silvestre

Estuvo en contacto con:

aves sanas SI NO Cuál? _____ aves enfermas SI NO Cuál?. _____

Dónde? Casa Campo Otro.. _____

Lugar de compra: Ambulante Feria Pajarería Veterinaria Otro . _____

Dirección: _____

Estuvo en contacto con personas con síntomas similares? SI NO Cuando? _____

Quiénes? _____



5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de 1º muestra. ____/____/____. Material remitido: _____
 Método: _____ Resultado: _____
 Fecha de 2º muestra. ____/____/____. Material remitido: _____
 Método: _____ Resultado: _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Individual Tratamiento..... SI NO Droga _____
 Quimioprofilaxis..... SI NO Droga. _____
 N° de personas con quimioprofilaxis indicadas _____

Comunitaria

-Vigilancia clínica y serológica del grupo familiar y/o personas con riesgo similar SI NO
 -Investigación de contactos y fuente de infección SI NO
 -Realizar eutanasia de aves sospechosas con posterior envío a laboratorio SI NO

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____
 Alta sin secuelas Alta con secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido
 Diagnóstico final _____ Laboratorio Nexo epidemiológico

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



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 Notificante: _____ 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 de inicio de la fiebre: ____/____/____ Fecha de la consulta: ____/____/____

	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.
Fiebre (..... 38° C)				Dolor abdominal				Hepatomegalia			
Cefalea				Inyección conjuntival				Esplenomegalia			
Mialgias				Tos				Oligoanuria			
Artralgias				Disnea				Sind. confusional			
Dolor retro ocular				Taquipnea				Sind. meningeo			
Erupción				Prurito				Encefalitis			
Náuseas				Ictericia				Sind. Hemorrágico*			
Vómitos				(*) Especificar (marcar con una cruz): petequias...; púrpura...; epistaxis...; gingivorragia...;							
Diarrea				hemoptisis....., melena.....; vómitos negros...; otros.....							

Tensión: MIN/MAX..... **Pulso:**...../min. **Prueba del torniquete:** POS () NEG () **FR:**...../min
Hto:.....% **GB:**...../mm3. **Fórmula:**/...../...../...../..... **Plaq:**...../mm3. **VSG:**.....mm

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana () Periurb () Rural () Silvestre ()
 Viajó durante los últimos 45 días? Si () No () Fecha: ____/____/____ Destino _____
 Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si () No () Fecha: ____/____/____ Lugar _____
 Conoce casos similares? Si () No () Quién/es? _____

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 () Fiebre Amarilla () Leptospirosis () FHA () Hantavirus ()
 Rickettsiosis () Virus del Oeste del Nilo () Encef. de San Luis () Otros: _____

Tratamiento empírico indicado (tipo y dosis) _____



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.

5. DATOS DE LABORATORIO

Fecha de la 1ª muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

Fecha de la 2ª muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

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 () ¿Cuales?: _____

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: ____/____/____



Definición de caso

Caso sospechoso leishmaniasis cutánea: Persona de cualquier edad y sexo que presenta lesiones cutáneas en forma de pápulas, únicas o múltiples, indoloras, redondas u ovaladas, de más de dos semanas de duración, y no causadas por un traumatismo, con antecedentes epidemiológicos (que resida o haya viajado a área endémica, o con transmisión activa de leishmaniasis o con presencia de vector).

Caso sospechoso leishmaniasis mucosa: Persona de cualquier edad y sexo que presenta lesiones inflamatorias infiltrativas de mucosa nasal, bucofaringea y/o laríngea, con o sin antecedentes de primoinfección cutánea, con antecedentes epidemiológicos (que resida o haya viajado a área endémica, o con transmisión activa de leishmaniasis o con presencia de vector).

Caso sospechoso leishmaniasis visceral: Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre de más de 2 semanas de duración, con o sin otras manifestaciones clínicas, que proviene de un área endémica, con riesgo de transmisión o de otra donde esté ocurriendo un brote.

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ 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 de inicio de la fiebre: ____/____/____ Fecha de la consulta: ____/____/____

	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.
Fiebre (..... 38° C)				Piel grisácea oscura pálida				Lesión cutánea única			
Fatiga				Edemas				Lesión cutánea múltiple			
Debilidad				Piel escamosa				Cicatriz de primoinfección			
Pérdida de apetito				Petequias				Lesión de mucosa nasal			
Pérdida de peso				Adelgazamiento del cabello				Lesión bucofaringea			
Vómitos				Hepatomegalia				Lesión laríngea			
Diarrea				Esplenomegalia							
Tos seca				Adenomegalia							

Duración de la fiebre: _____ **Características de la fiebre:** Diurna () nocturna ()

En caso de una o más lesiones cutáneas, indique el/los lugar/es anatómicos: _____

Fecha de aparición de la primer lesión: ____/____/____



4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Viajes en los últimos 30 días

Lugar	Fechas

Actividades desarrolladas

Lugar	Fechas

Trabajo/actividad laboral: _____ Lugar de trabajo: _____

Actividades de recreación (pesca, caza, etc.): _____ Fecha de la última actividad: ____/____/____

¿Tiene perros? Si No

Perro	Nombre	Edad aprox.	¿Nació en su casa?	Origen

¿Ha notado en los animales algunos de los siguientes signos?

Nombre del animal	Pierde el pelo (fecha aprox.)	Adelgazamiento (fecha aprox.)	Úlceras (fecha aprox.)	Poco activo

Si alguna respuesta es SI, ¿Consultó al veterinario? Si No

Nombre del profesional	Dirección	Fecha aproximada	Diagnóstico

Observaciones: _____

Características del peridomicilio: ¿Posee alrededor de su vivienda...?

	SI	NO	Distancia de la casa (en metros)	Nº de animales
Gallinero				
Corral				
Chiquero				
Monte				
Río, lago o laguna				
Canal o zanja				



SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

Leishmaniasis cutánea Leishmaniasis mucosa Leishmaniasis visceral

5. DATOS DE LABORATORIO

1. Tipo de muestra: _____ Fecha: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____
2. Tipo de muestra: _____ Fecha: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____
3. Tipo de muestra: _____ Fecha: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____
4. Tipo de muestra: _____ Fecha: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____

Tipos de muestra: suero, sangre, heces, hisopado nasal, hisopado faríngeo, LCR, cerebro, biopsia, esputo, otros

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Tratamiento indicado al paciente: _____

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

Identificación de contactos o expuestos: Si No N° de contactos o expuestos identificados: _____

N° de contactos positivos: _____

Bloqueo con insecticidas, rodenticidas, etc.: Si No N° de viviendas controladas: _____

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

Insecticida/rodenticida/biocida utilizado: _____ Cantidad aplicada: _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ___/___/___

Condición del alta: _____ Fecha del alta: ___/___/___

Fecha de defunción: ___/___/___

Clasificación final: _____ Fecha: ___/___/___

(Leishmaniasis visceral, visceralización de leishmaniasis cutánea, leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucosa)

Fecha ___/___/___

Firma y Sello Médico



Definición de caso

Caso sospechoso: persona con presencia de masa quística (única ó múltiple) localizada en distintos órganos, frecuentemente hígado o pulmón y asociado con aspectos epidemiológicos de la enfermedad.

Caso probable: caso sospechoso más el diagnóstico por imágenes: radiografía, ecografía y/o tomografía axial computarizada (TAC) y/o HAI.

Caso confirmado: El caso probable confirmado por:

a.- Pruebas serológicas, ELISA/Western blot.

b.- Visualización directa por microscopía de protoescolices o ganchos del cestodo, restos de membranas y estudio histopatológico de la pieza extraída por cirugía

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ 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 de inicio de los síntomas ____/____/____. Fecha de consulta ____/____/____
 Fecha de internación: ____/____/____.
 Asintomático Vómica Masa
Localización del quiste: Hepático Pulmonar Abdominal Otros: _____
Características: Quiste único Quiste múltiple Quiste calcificado Quiste complicado
Diagnóstico por imágenes:
 RX: _____
 Ecografía: _____
 TAC: _____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana Periurbano Rural Silvestre
 Trabajó o vivió en zona rural? SI NO
 Cria o crió animales como caprinos, ovinos, bovinos, porcinos? SI NO
 Tiene perros: SI NO Perro parasitado: SI NO Perro tratado: SI NO
 Fecha última desparasitación: ____/____/____
 Alimenta a sus perros con vísceras crudas? SI NO



5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra.. ____/____/____. Material remitido: _____
Método: _____ Resultado: _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Tratamiento del paciente:

Farmacológico: SI NO Primera vez Ulterior
Droga: _____ Dosis _____ Días: _____
Quirúrgico: SI NO Primera vez Recidiva

Control serológico y o ecográfico anual en poblaciones expuestas

al riesgo para detección temprana de portadores asintomático SI NO N° controles realizados _____

Educación para la promoción de la salud SI NO

Cumplir con la desparasitación periódica (cada 45 días) de todos los perros en zonas endémicas SI NO

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: SI No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____
Alta sin secuelas Alta con secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido
Diagnóstico final _____ Laboratorio Nexo epidemiológico

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico



PROVINCIA:

Fecha:

Brote/Caso de [EVENTO DE SALUD] en la localidad [LOCALIDAD], provincia de [PROVINCIA], [MES y AÑO o PERIODO DE TIEMPO].

A fecha [FECHA del REPORTE] se reporta la ocurrencia de [NÚMERO de CASOS] de [EVENTO DE SALUD] con presentación de [SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES], en el/los barrio/s, institución/es y/o dependencia(s) de [BARRIO/INSTITUCION/DEPENDENCIA] con una población de [POBLACIÓN] en la localidad de [LOCALIDAD] de [Nº HABITANTES] habitantes. Los casos se han presentado entre el FECHA INICIO, SEMANA EPIDEMIOLÓGICA] y [FECHA FIN u HOY PARA BROTES EN CURSO]. La zona es principalmente [URBANIDAD] y anteriormente ha presentado brotes ocasionales de [BROTES PREVIOS].

Los casos se caracterizan por [CARACTERÍSTICA DE PERSONA: EDAD, SEXO, OCUPACIÓN, VIAJES, ETC].

Se han tomado [Nº MUESTRAS] muestras de [TIPO DE MUESTRAS] las cuales han sido enviadas al [LABORATORIO] para su procesamiento. Se confirmó o se sospecha de [ETIOLOGÍA, CARACTERIZACIÓN GENÉTICA].

De estos casos, [Nº FALLECIDOS] fallecieron y [Nº HOSPITALIZADOS] requirieron hospitalización. Los casos han sido tratados con [TERAPIA], después de lo cual han evolucionado [EVOLUCION].

La investigación epidemiológica indica que (usar “probablemente” si es que esta en fase de estudio aún) el brote fue causado por [POSIBLE MECANISMO, FUENTE, FACTORES DE EXPOSICIÓN].

Las acciones de control que se han tomado son [ACCIONES]



1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ 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 de inicio de la fiebre: ____/____/____ Fecha de la consulta: ____/____/____

	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.
Generales				Compromiso respiratorio				Otros, cuales:			
Fiebre (..... 38° C)				Afect. vías aéreas sup.							
Fiebre cíclica				Afect. vías aéreas inf.							
Cefalea				Tos							
Mialgias				Disnea							
Erupción				Gastroentéricas							
Compromiso SNC				Diarrea				Complicaciones:			
Encefalitis				Vómitos							
Sind. Meningeo				Ictericia							
Irritabilidad				Náuseas							
Somnolencia				Dolor abdominal							

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

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana Periurbano Rural Silvestre
 Viajó durante los últimos 45 días? Si No Fecha: ____/____/____ Destino _____
 Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si No Fecha: ____/____/____ Lugar _____
 Conoce casos similares? Si No Quién/es? _____ En que fecha? ____/____/____
 Estuvo en contacto en forma reciente con agua estancada? Si No Donde?: _____
 Ingresó a una vivienda que haya estado cerrada por mucho tiempo? Si No
 Tuvo contacto con monos muertos? Si No Donde? _____
 Tuvo contacto con otros animales? Si No Donde? _____
 Fue recientemente a cazar o pescar? Si No Donde? _____ Fecha: ____/____/____

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)

Antiamarílica: Si No Se ignora Última fecha de vacunación: ____/____/____
 Fiebre Hemorrágica Argentina: Si No Se ignora Última fecha de vacunación: ____/____/____



SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

Etiologías sospechadas: _____

5. DATOS DE LABORATORIO

1. Tipo de muestra: _____ Fecha: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____
 2. Tipo de muestra: _____ Fecha: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____
 3. Tipo de muestra: _____ Fecha: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____
 4. Tipo de muestra: _____ Fecha: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____

Tipos de muestra: suero, sangre, heces, hisopado nasal, hisopado faríngeo, LCR, material de biopsia, material de necropsia, biopsia, esputo, otros

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Tratamiento indicado al paciente: _____

Droga utilizada para el tratamiento: _____

Identificación de contactos o expuestos: Si No N° de contactos o expuestos identificados: _____
 (según norma) N° de contactos positivos: _____

Quimioprofilaxis a contactos o expuestos: Si No N° de profilaxis indicadas: _____

Droga utilizada para la profilaxis: _____

Bloqueo con vacunas: Si No N° de vacunas aplicadas: _____

Bloqueo con insecticidas, rodenticidas, etc.: Si No N° de viviendas controladas: _____

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

Insecticida/rodenticida/biocida utilizado: _____ Cantidad aplicada: _____

¿Se hizo tratamiento espacial? Si No

Insecticida utilizado para tratamiento espacial: _____ Cantidad aplicada: _____

Se indicó cuarentena o aislamiento? Si No Donde?: _____

Otras medidas aplicadas: _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ___/___/___

Condición del alta: _____ Fecha del alta: ___/___/___

Fecha de defunción: ___/___/___

Clasificación final: _____

Fecha ___/___/___

Firma y Sello Médico



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE HEPATITIS A-E

Definición de caso sospechoso: toda persona que presenta fiebre, malestar general, anorexia, y molestias abdominales, seguida en pocos días de ictericia, dependiendo de la edad del paciente.

Definición de caso probable: caso sospechoso con transaminasas elevadas.

RECUERDE SEÑALAR CON UNA CRUZ TODA RESPUESTA AFIRMATIVA

Nombre:		Apellido:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad: _____	Domicilio:	
Barrio:		Localidad:	
		Dpto. ó Partido:	
Concurre a alguna institución? ()			
Escuela / guardería:		Grado / sala:	Turno:
Comedor:			
Club:		Tiene Pileta? ()	

Fecha de inicio de síntomas:/...../.....

Contactos previos con pacientes (Hepatitis /ictéricos) (Estuvo Ud. en contacto con algún paciente con hepatitis?) []

Hepatitis "A":	Fecha	ó	Tiempo antes	de enfermar
- Contacto en el ámbito laboral	___/___/___		_____	_____
- Contacto en el ámbito familiar	___/___/___		_____	_____
- Contacto en el ámbito del jardín, escuela,, guardería	___/___/___		_____	_____
- Contacto en el comedor	___/___/___		_____	_____
-Contacto en el club	___/___/___		_____	_____
- Otro. Cuál.....	___/___/___		_____	_____

-Antecedentes de Vacunación contra la Hepatitis A: [] Mostró carnet o certificado []

Fecha: 1ra Dosis: ___/___/___ 2da Dosis: ___/___/___ Gammaglobulina: [] Fecha: ___/___/___

Extracción de muestra

Fecha ___/___/___ Enviada al Servicio de:.....

Fecha ___/___/___ Profesional actuante

RESULTADOS DE LABORATORIO

Fecha ___/___/___ Servicio:.....

Pruebas realizadas: antiHAV-IgM [] Resultado:..... antiHAV-IgG [] Resultado:.....

Otras [] Especificar cuáles y resultados:.....

CLASIFICACION FINAL DEL CASO:.....

Fecha ___/___/___
.....
Autoridad sanitaria de la Jurisdicción

NOTA: ESTA FICHA DEBE SER REMITIDA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA DE NACIÓN, a través de la Dirección de Epidemiología provincial a : notifica@msal.gov.ar y sespetxe@msal.gov.ar Tel./Fax 011-4379-9127



FICHA DE EMBARAZADA HBsAg positiva

APLICACION DE INMUNOGLOBULINA HIPERINMUNE (HBIg) AL RECIEN NACIDO

PROVINCIA:.....DPTO. REGION.....

ESTABLECIMIENTO:.....

1) DATOS DE LA MADRE HBsAg-positiva

Apellido y nombre:.....

Laboratorio que expidió resultado de positividad:.....

.....Profesional:.....

Lugar y fecha:.....

2) DATOS DEL RECIEN NACIDO

Apellido y nombre:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... Hora:.....

Establecimiento:.....

Aplicación de HBIg:

Fecha:...../...../..... Hora:..... Establecimiento:.....

Lote N°..... Fecha de vencimiento:...../...../.....

Aplicación de la Vacuna AntiHepatitis B

Fecha:...../...../..... Hora:..... Establecimiento:.....

Observaciones:.....

3) DATOS PROFESIONAL RESPONSABLE

Apellido y nombre:.....

Cargo o función:.....

Lugar y fecha:.....

Nota- esta ficha deberá ser remitida a las siguientes direcciones de correo-e de la Dirección de Epidemiología de Nación:

mhernandez@msal.gov.ar (Inmunizaciones)

sespetxe@msal.gov.ar (Vigilancia Epidemiológica)

notifica@msal.gov.ar (Central de información)



**CONTROL DE LAS HEPATITIS VIRALES
FICHA EPIDEMIOLOGICA HEPATITIS B, C y D**

1.-Identificación del paciente

Apellido y nombres:
Fecha de nacimiento: .../.../..... Edad (años):.....Sexo: h mbre ier

Domicilio: (calle N°).....
Localidad:.....Area ó Dpto.:.....
Provincia:.....
Ocupación:.....

2.-Datos clínicos y de laboratorio

Fecha de inicio de síntomas:...../...../.....

Descripción
clínica:.....

Hospital:.....Es Puesto Centinela: SI NO
Servicio:.....

Laboratorio: HBsAg AntiHBc HBeAg Anti-HBe
Anti-HBc IgM AntiHBs AntiHDV antiHCV Otras

Diagnóstico: Hepatitis B - Hepatitis Hepatiti D

Fecha de diagnóstico:...../...../.....

Evolución: Buena Crónica Fallec do

3.-Datos epidemiológicos (de 4-28 semanas previas al comienzo de síntomas)

Tipo de caso: esporádico asociado a bite dor ante

Pertenece a grupo de riesgo: NO

Especifique:.....

Medidas adoptadas

Educación Sanitaria: SI NO Vacunación a contact os: SI NO

Otros datos que considere
relevantes:.....

4.-Datos del declarante

Fecha de notificación del caso:...../...../.....

Apellido y nombre del profesional:.....



INFORME FINAL DE BROTES (ETA) AL SINAVE

1. **Identificación** del brote: Provincia _____ Departamento _____ Localidad _____
Día _____ Mes _____ Año _____

2. **Distribución** por grupos de edad

	Total de expuestos	Total Enfermos	Internados	Fallecidos
Menor de 1				
1 a 4				
5 a 14				
15 a 44				
45 a 64				
65 y más				
Sin Especific edad				
TOTAL				

3. Período de **incubación** (marque con X): en horas _____ en días _____ en semanas _____ **Mediana** _____

4. **Sintomatología más importante:** náuseas _____ vómitos _____ diarrea _____ dolor abdominal _____ fiebre _____ edemas neurológica _____
cardiovascular _____ cefalea _____ mialgias _____ otros _____

5. **Alimento** / Vehículo implicado:

Sospechado _____ Confirmado por laboratorio _____ Conf. epidemiológica _____

6. Categoría de alimento (a) _____

7. Lugar donde se consumió el alimento (b) _____

8. Lugar donde el alimento perdió inocuidad (c) _____

9. Factores de contaminación (d) _____

10. Factores de proliferación (e) _____

11. Factores de sobrevivencia (f) _____

12. **Laboratorio:** resultados

Muestras	(+)	Resultados: etiología – Tipificación
Enfermos		
Manipuladores		
Alimento		
Entorno		

13. Principales **medidas adoptadas** _____

14. Reseñar si hubiera otras _____

14. **Observaciones:** Informe añadido: a autoridades _____ a comunidad _____

Firma y aclaración del responsable: _____

CATEGORÍAS DE VARIABLES

6. Categoría de alimento (a)

Lácteos

Aceites y grasas

Helados y sorbetes

Frutas secas, nueces

Hortalizas – Hongos

Farináceos – Cereales

Productos panadería

Carne de ave

Carne de cerdo

Carne de vaca



Carne de pescados
Otras carnes
Mariscos
Huevo
Dulces – miel
Condimentos – sopas
Especias
Agua
Bebidas alcohólicas
Bebidas no alcohólicas
Bocadillos tortas
Pasta rellena
Mixtos
S/Especificar

7. Lugar donde se consumió el alimento (b)

Familiar
Poblacional (ej: camping, varias familias por compra comercial)
Institucional: Escuela
 Cuarteles
 Guarderías
 Servicios Médicos
 Otras Instituciones

Restaurante
Puesto Callejero
Fiestas
Servicio a bordo
S/Especificar

8. Lugar donde el alimento perdió inocuidad (c)

Prod. Primaria
Prod. Industrial
Almacenamiento
Transporte
Manipul. Comercial
Manipul. Doméstica
Otros
S/Especificar

9. Factores de contaminación (d)

Tóxicos en tejidos
Tóxicos agregados
Tóxicos en exceso
Contam. cruzada
Manipulador infectado
Otra fuente
S/especificar



10. Factores de proliferación (e)

Enfriamiento lento

Mala conservación

Almacen. En frío prolongado

Baja acidez

Bajo secado

Mal descongelado

Envasado al vacío

Otras S/Especificar

11. Factores de sobrevivencia (f)

Cocción insuficiente

Acidez insuficiente

Descongelamiento insuficiente

Otras fallas

S/Especificar



BOTULISMO (todos los tipos)

Ficha de notificación al SINAVE

Año..... Provincia.....Partido o Depto.....

Datos particulares:

Apellido y nombreRelación con casos:.....

Fecha nacimiento /.... /.... Edad en años meses Sexo (F / M)

Domicilio.....Localidad.....

.....

Establecimiento de internación:

Fecha inicio de síntomas /.... /.... Fecha consulta /.... /.... Fecha internación

.... /.... /....

Uso de ARM (marcar) Si / No Condición de alta (marcar): Curado, Derivado o Fallecido

Tipo Botulismo (marcar): Alimentario Lactante Herida Otros

Muestras remitidas para diagnóstico (colocar SI a las muestras remitidas):

Resto alimentario Material de herida Suero Heces Lav. Gástrico

Muestras positivas: (colocar SI a las muestras positivas)

Resto alimentario Material de herida Suero Heces Lav. Gástrico

Informe Laboratorio:

Tipo de toxina (A, B, E) Demora del informe (Sin Informe, <24 hs, 24y+):.....

Empleo de antitoxina (Si / No) Demora en administrarla (<24 hs, 24 a 48, 48y+):.....

a) Alimentario

Alimento sospechoso:

Industrial: Si / No Casero: Si / No Fecha ingestión alimento sospechoso: /.... /....

b) Lactante

De 2 a 12 días antes de síntomas: 1.- Consumió? (marcar): miel infusiones

2.- Reparación o remodelación en domicilio? Si / No 3.- Limpieza de alfombras? Si / No

c) Heridas

De 4 a 14 días antes de síntomas: 1.- Ocurrió una herida? (marcar): Si / No

Tipo (marcar) Quirúrgica Accidental 2.- Drogadicción IV (marcar) (marcar): Si / No

d) Otros

Inhalación Si / No Intestinal Si / No

Firma responsable

