

FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR HANTAVIRUS



Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus
 Servicio Biología Molecular, Dto. Virología – I.N.E.I. – A.N.L.I.S. “Dr. Carlos G. Malbrán”
 Av. Velez Sarsfield 563, C.A.B.A. – Tel/Fax: (011) 4301-3146

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombres: _____	D. N. I.: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____	Sexo: _____
Dirección: _____	Teléfono: _____
Localidad: _____	Provincia: _____

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

Hospital / Clínica / Sanatorio: _____
Sala o sector: _____ Tel: _____ Fax: _____
Dirección: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
Apellido y nombre del médico: _____ Tel / Dirección de e-mail: _____

Inicio de síntomas: ___/___/___ **Hospitalización:** ___/___/___ **Muestra enviada para diagnóstico** ___/___/___.
 (las fechas son indispensables para la correcta interpretación diagnóstica – no omitir)

DATOS CLÍNICOS

Marcar con una "X" lo que corresponda		Describir	Fecha
Síndrome pseudo gripal (cefalea, mialgias, artralgias, fiebre)			
Síntomas hemorrágicos			
Shock séptico			
Compromiso	Respiratorio		
	Renal		
	Neurológico		
	Hepático		
	Hemodinámico		
	Otro		

Rx de Tórax: Normal Patológica

Descripción de Rx de tórax patológica (marque con una "X" las opciones que correspondan)			
Infiltrado			
Alveolar	Unilateral	N° de Cuadrantes comprometidos	
Intersticial	Bilateral	Presencia de derrame pleural	
Patrón Mixto			

Tratamiento (marque con una "X" la opción que corresponda)

Máscara O ₂	
Asistencia respiratoria no invasiva	Indique qué tipo de asistencia.
ARM	

Indicar si se administra otro tratamiento: _____

Datos de laboratorio al momento de ingreso, fecha: ___/___/___.

Hematocrito		LDH		TGO		Bilirrubina	
Glóbulos Blancos		T. de protrombina		TGP		Uremia	
Plaquetas		CPK		Fosfatasa alcalina		Creatinemia	

Datos de laboratorio posterior al ingreso, fecha: ___/___/___.

Hematocrito		LDH		TGO		Bilirrubina	
Glóbulos Blancos		T. de protrombina		TGP		Uremia	
Plaquetas		CPK		Fosfatasa alcalina		Creatinemia	

Antecedentes patológicos: _____

En caso de **óbito** indicar fecha de defunción: ___/___/___.

En caso de **alta médica** indicar fecha: ___/___/___.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación: _____

Lugar de trabajo (indicar localidad y provincia): _____

¿Realizó algún viaje durante los últimos 35 días? ¿Dónde? _____

Indique con una "X" si realizó alguna de las siguientes actividades durante los últimos 45 días:

	Indicar lugar y fecha de posible exposición	
Trabajo rural	<input type="checkbox"/>	
Caza	<input type="checkbox"/>	
Pesca	<input type="checkbox"/>	
Camping	<input type="checkbox"/>	
Picnic	<input type="checkbox"/>	
Otra actividad de riesgo	<input type="checkbox"/>	

¿Observó roedores o rastros que indiquen presencia de roedores en su domicilio? SI NO

¿Fuma? Si No

¿Toma alguna medicación? SI NO Cuál? _____

¿Tuvo contacto con algún caso similar? SI NO

¿Tuvo contacto con paciente de Síndrome Pulmonar por Hantavirus con diagnóstico confirmado? SI NO

En caso afirmativo indique relación.

Firma y aclaración del encuestador, indicar un teléfono de contacto