



### 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.
<b>Generales</b>				<b>Compromiso respiratorio</b>				<b>Otros, cuales:</b>			
Fiebre (..... 38° C)				Afect. vías aéreas sup.							
Fiebre cíclica				Afect. vías aéreas inf.							
Cefalea				Tos							
Mialgias				Disnea							
Erupción				<b>Gastroentéricas</b>							
<b>Compromiso SNC</b>				Diarrea				<b>Complicaciones:</b>			
Encefalitis				Vómitos							
Sind. Meníngeo				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