



IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: Provincia: Departamento:
 Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador:
 Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI o DE o IND: Nº _____. Apellido y Nombre:
 Teléfono: Fecha de nacimiento: ____/____/____ Embarazada: SI / NO
 Lugar de residencia: Provincia..... Departamento: Localidad:
 Domicilio: Calle / Mza:..... Nº..... Piso..... Depto: Cód. Postal:.....

INFORMACIÓN CLÍNICA GENERAL

La fiebre tifoidea y paratifoidea son enfermedades bacterianas sistémicas. Comienzo insidioso, con manifestaciones inespecíficas, (fiebre prolongada, malestar general, anorexia, cefaleas, bradicardia relativa, tos seca, manchas rosadas en el tronco, diarrea o estreñimiento y dolor abdominal). El cuadro clínico puede variar desde una gastroenteritis leve, a un cuadro grave con importantes complicaciones (muchas de las complicaciones tienen lugar en la tercera o cuarta semana de la infección). El estado de portador puede seguir a la enfermedad aguda o leve o incluso a la infección subclínica.

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta: ____/____/____ Fecha de Inicio de síntomas (FIS): ____/____/____

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre (38 °C o más) continua de al menos tres días de evolución | <input type="checkbox"/> Compromiso del estado general | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Tos seca |
| <input type="checkbox"/> Manchas rosadas en el tórax y abdomen | <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Cefalea |
| <input type="checkbox"/> Alteración de la conciencia/confusión/psicosis | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Bradicardia |
| <input type="checkbox"/> Constipación | <input type="checkbox"/> Anorexia | | |

OTRAS PRESENTACIONES

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sepsis | <input type="checkbox"/> Bacteriemias | <input type="checkbox"/> Síntomas neurológicos: mielitis, meningitis o signos como hiperreflexia, espasticidad, etc. |
| <input type="checkbox"/> Abdomen agudo: Hemorragia digestiva, perforación intestinal, colecistitis, apendicitis, etc. | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Otras. Especificar:..... |
| <input type="checkbox"/> Osteomielitis | <input type="checkbox"/> Endocarditis | |

INTERNACIÓN y EVOLUCIÓN

Internado SI / NO Fecha : ____/____/____ Fallecido SI / NO Fecha : ____/____/____

TRATAMIENTO

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ampicilina | <input type="checkbox"/> Trimetoprima-sulfametoxazol | <input type="checkbox"/> Azitromicina |
| <input type="checkbox"/> Ciprofloxacina | <input type="checkbox"/> Cefalosporinas de tercera generación | <input type="checkbox"/> Otro / Especificar:..... |

Tratamiento completo: SI / NO

DATOS DE LABORATORIO

Método de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Serología	<input type="checkbox"/> Hemocultivo	<input type="checkbox"/> Coprocultivo	<input type="checkbox"/> Orina	<input type="checkbox"/> Cultivo de médula ósea	<input type="checkbox"/> Otros cultivos: LCR, líquido peritoneal, líquido articular.
Fecha de Toma	1° ____/____/____	1° ____/____/____	1° ____/____/____	1° ____/____/____	1° ____/____/____	1° ____/____/____
	2° ____/____/____	2° ____/____/____	2° ____/____/____	2° ____/____/____	2° ____/____/____	2° ____/____/____

OBSERVACIONES:

Envío de aislamiento al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): SI / NO

Reacción de Widal	Primera muestra (*)	Segunda muestra (*)	Seroconversión (*)	
1. Anticuerpos anti-Salmonella paratyphi A (Ag flagelar a)	1. Valor:.....	1. Valor:.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Anticuerpos anti-Salmonella paratyphi B (Ag flagelar b)	2. Valor:.....	2. Valor:.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. Anticuerpos anti-Salmonella typhi H (Ag flagelar d)	3. Valor:.....	3. Valor:.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Anticuerpos anti-Salmonella typhi O (Ag somático D)	4. Valor:.....	4. Valor:.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Comentario:

Se recomienda la toma de muestra antes de iniciar el tratamiento antimicrobiano y la extracción de hemocultivos en estadios tempranos de la enfermedad; y de materia fecal u orina tras la primera semana del periodo agudo.

(*) En el SNVS debe notificarse la seroconversión positiva/negativa. Los valores obtenidos de la reacción de Widal en la primera y segunda muestra no se informan en el SNVS.

Asimismo, las muestras de alimentos o agua que se analicen asociadas a brotes o casos deberán ser notificadas en la sección de laboratorio del caso al que esté asociado junto con sus resultados.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedente de consumo (1 a 10 días previos FIS) de:	Otros antecedentes:
<input type="checkbox"/> Realizar Encuesta Alimentaria Indagar a través de una encuesta alimentaria respecto de: -Consumo de alimentos, jugos, helados, otros en puestos de calle/vendedor ambulante/feria/locales de comida, domicilio. -Consumo de frutas y vegetales crudos mal lavados o lavados con aguas no seguras, carnes cruda o insuficientemente cocida (pescado, sushi, salmón ahumado, carne vacuna, pollo), leche no pasteurizada o derivados lácteos artesanales. -Averiguar antecedente de Ingesta de agua de red, agua envasada, agua de pozo.	<input type="checkbox"/> Contacto con aguas recreacionales: laguna, río, piletas, etc. <input type="checkbox"/> Estuvo en contacto con algún caso sospechoso <input type="checkbox"/> Estuvo en contacto con algún caso confirmado o portador <input type="checkbox"/> Estuvo en contacto con animales o trabaja con animales
<input type="checkbox"/> Notificar a las áreas que correspondan (bromatología, inspección general, local/municipal/provincial, saneamiento ambiental, calidad de aguas, autoridades sanitarias que corresponda).	Ocupación: <input type="checkbox"/> ¿Trabaja con personas enfermas o en una institución (geriátrico/cárcel)? <input type="checkbox"/> ¿Trabaja en guarderías infantiles y/o escuelas? <input type="checkbox"/> ¿Trabaja elaborando y/o distribuyendo alimentos? Especificar Lugar:

Antecedente de viaje o traslado a otro lugar diferente del lugar de residencia.	País: Provincia: Localidad:
	Fecha Inicio: Fecha Fin:

DEFINICIÓN DE CASO

- Caso sospechoso:** Toda persona que presente fiebre alta (>38°) continua de al menos tres días de evolución, con compromiso del estado general -puede estar acompañada por diarrea, dolor abdominal, períodos de constipación- sin otro foco aparente y sin otra etiología definida.
- Caso probable:** Caso probable: Todo caso sospechoso y: contacto con un caso confirmado, o expuesto a una fuente común, resida o haya viajado a un lugar en el que estén sucediendo casos de fiebre tifoidea o paratifoidea, seroconversión con 4 títulos superiores en la segunda muestra pareada Reacción de Widal.
- Caso confirmado:** Todo caso sospechoso o probable con: Hemocultivos y/o urocultivo POSITIVO para *Salmonella* Typhi (*S. Typhi*) o Paratyphi (*S. Paratyphi*). Coprocultivo positivo para *S. Typhi* o Paratyphi. Todo caso probable con nexo con un caso confirmado de fiebre tifoidea o paratifoidea con hemocultivo o coprocultivo con aislamiento de *Salmonella spp.*

Nota: La portación asintomática no debe ser notificada como caso.

En caso de detectar un brote o conglomerado de casos informar:

Caso asociado a brote/conglomerado Nombre- Lugar(Loc,Prov.)-:.....

OBSERVACIONES:

.....

Nombre y apellido del notificador

Firma