

**Definición de caso :** Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre de menos de siete (7) días de duración y mialgias y/o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

### 1. DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) DNI: \_\_\_\_\_  
 Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino: \_\_\_\_\_  
 Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Urbano ( ) Rural ( ) Departamento \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### 2. INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de la consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Consulta previamente? SI ☐ NO ☐ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

|                       | Si | No | Ign. |                            | Si | No | Ign. |                    | Si | No | Ign. |
|-----------------------|----|----|------|----------------------------|----|----|------|--------------------|----|----|------|
| Fiebre (.....°C)      |    |    |      | Dolor abdominal            |    |    |      | Ictericia          |    |    |      |
| Cefalea               |    |    |      | Inyección conjuntival      |    |    |      | Hepatomegalia      |    |    |      |
| Mialgias              |    |    |      | Tos                        |    |    |      | Esplenomegalia     |    |    |      |
| Artralgias            |    |    |      | Disnea                     |    |    |      | Oligoanuria        |    |    |      |
| Dolor retrocular      |    |    |      | Taquipnea                  |    |    |      | Sind. confusional  |    |    |      |
| Erupción <sup>1</sup> |    |    |      | Hemoptisis                 |    |    |      | Sind. meningeo     |    |    |      |
| Náuseas               |    |    |      | Prurito                    |    |    |      | Sind. Hemorrágico* |    |    |      |
| Vómitos               |    |    |      | Conjuntivitis no purulenta |    |    |      |                    |    |    |      |
| Diarrea               |    |    |      |                            |    |    |      |                    |    |    |      |

\* Especificar \_\_\_\_\_ <sup>(1)</sup> Fecha de Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Embarazada SI ☐ NO ☐ 1er Trimestre ☐ 2do Trimestre ☐ 3er Trimestre ☐

**Tensión:** MIN ...../ MAX..... **Pulso:**...../min. **Prueba del torniquete:** POS ( ) NEG ( ).

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

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

**Diagnóstico sospechoso:** (colocar n° de orden) **Paludismo** ( ) **Fiebre Amarilla** ( ) **Leptospirosis** ( )

**FHA** ( ) **Hantavirus** ( ) **Flavivirus-SLE-WEN** ( ) **Rubéola** ( ) **Rickettsiosis** ( ) **Dengue** ( )

**Chikungunya** ( ) **Zika** ( ) **Otro:** \_\_\_\_\_

### 3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación: \_\_\_\_\_ B° o Localidad de trabajo \_\_\_\_\_ Urb. ( ) Rur ( )

Viajó los últimos 60 días? Si ( ) No ( ) Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha retorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Destino \_\_\_\_\_

¿Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

¿Conoce casos similares? Si ( ) o ( ) ¿Dónde? \_\_\_\_\_ Tuvo antes Dengue? SI/NO Año: 20\_\_\_\_

**ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN** (confirmar con carnet) TV/DV\*: Si ( ) No ( ); Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Antiamarílica: Si ( ) No ( ) Ign ( ); Última fecha de vacunación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fiebre Hemorrágica Argentina: Si ( ) No ( ) Ign ( ); Última fecha de vacunación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 4. FUENTE DE NOTIFICACION

Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel/cel: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre del notificador: \_\_\_\_\_

### 5. EVOLUCION DEL CASO

**Paciente Internado:** ( ) **Ambulatorio:** ( ) Fecha hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de muestra: Suero ( ) LCR ( ) Gota gruesa y frotis ( )

Firma y sello del médico: \_\_\_\_\_

\* **TV** (Triple Viral) Sampingón, Rubéola, Paperas **DV** (Doble Viral) Sarampión, Rubéola