

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: ____/____/____
 Consulto 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 ¹				Hemoptisis				Sind. meníngeo			
Náuseas				Prurito				Sind. Hemorrágico*			
Vómitos				Conjuntivitis no purulenta							
Diarrea											

* Especificar _____ ⁽¹⁾ Fecha de Inicio: ____/____/____

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

Antecedente de viaje ó residencia durante el embarazo en area con circulación SI ☐ NO ☐

País: _____ Ciudad: _____ Fecha de viaje: ____/____/____

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: Paludismo () Fiebre Amarilla () Leptospirosis () Dengue ()

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

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

Ambulatorio () Paciente Internado () Fallecido () Fecha hospitalización: ____/____/____

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

Otros: _____

Firma y sello del médico: _____