

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. meningeo | | | |
| 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

Antecedente de contacto sexual s/ protección c/ viajero o residente en zona de circulación SI NO

Pais:..... 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: _____

Si sospecha de infección de virus zika recuerde enviar muestra de orina

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: _____