

VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO
INESPECÍFICO Y ZIKA

B1

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 síntomas: ____/____/____ Fecha de consulta: ____/____/____
Consultó 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 retro ocular				Taquipnea				Sind. confusional			
Erupción ₁				Hemoptisis				Sind. meningeo			
Náuseas				Prurito				Sind. hemorrágico*			
Vómitos				Conjuntivitis no purulenta							
Diarrea											

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

Embarazada ☐ SI ☐ NO ☐ 1º Trimestre ☐ 2º Trimestre ☐ 3º Trimestre
Antecedente de viaje o residencia durante el embarazo en área con circulación: ☐ SI ☐ NO
País: _____ Ciudad: _____ Fecha de viaje: ____/____/____
Tensión: MIN _____ MAX _____ Pulso: _____ /min. Prueba torniquete: ☐ POS ☐ NEG
Hto _____ % GB: _____ /mm.³ Fórmula: ____/____/____/____/____/____ Plaq.: _____ /mm.³
VSG: _____ mm Urea: _____ mg/dll ALT-GPT: _____ UI/L ALT-GOT: _____ UI/L FAL: _____ UI/L
Diagnóstico sospechoso: ☐ Paludismo ☐ Fiebre Amarilla ☐ Leptospirosis ☐ Dengue ☐ FHA ☐ Hantavirus ☐ Flavivirus-SLE-WEN
☐ Rickettsiosis ☐ Rubéola ☐ Chikungunya ☐ Zika ☐ Otro: _____

3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación: _____ B° o localidad de trabajo: _____ ☐ Urbano ☐ Rural
¿Viajó los últimos 60 días? ☐ SI ☐ NO Fecha: ____/____/____ Fecha de retorno: ____/____/____ Destino: _____
¿Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? ☐ SI ☐ NO Fecha: ____/____/____ Lugar: _____
¿Conoce casos similares? ☐ SI ☐ NO ¿Dónde? _____ ¿Tuvo antes Dengue? ☐ SI ☐ NO Año: 20 ____
ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carné): TV/DV* ☐ SI ☐ NO Fecha: ____/____/____
Antiamarílica: ☐ SI ☐ NO ☐ Ign Última fecha de vacunación: ____/____/____
Fiebre Hemorrágica Argentina: ☐ SI ☐ NO ☐ Ign Última fecha de vacunación: ____/____/____
* TV (Triple Viral) Sarampión, Rubéola, Paperas DV (Doble Viral) Sarampión, Rubéola

4. EVOLUCIÓN DEL CASO

☐ Ambulatorio/a ☐ Internado/a ☐ Fallecido/a Fecha de hospitalización: ____/____/____
Fecha toma de muestra: ____/____/____ Tipo de muestra: ☐ Suero ☐ LCR ☐ Gota gruesa y frotis
Otros: _____

5. FUENTE DE NOTIFICACIÓN

Nombre y apellido de profesional notificante: _____
Establecimiento notificante: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ e-mail: _____
Localidad: _____ Departamento: _____
Fecha de notificación: ____/____/____

Firma y sello del médico/a: _____