

VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO Y ZIKA  
PARA 2° Y 3° MUESTRA

B2

1. DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F DNI: \_\_\_\_\_  
Embarazada:  SI  NO  1er Trimestre  2do Trimestre  3er Trimestre  
Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino/a: \_\_\_\_\_  
Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Urbano  Rural Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

2. SOSPECHA CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Ambulatorio/a  Internado/a  Fallecido/a  
Diagnóstico sospechoso: (colocar n° en orden)  Paludismo  Fiebre Amarilla  Leptospirosis  
 Flavivirus SLE-WEN  Hantavirus  FHA  Rubéola  Rickettsiosis  
 Dengue  Chikungunya  Zika  Otro: \_\_\_\_\_

3. PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS

Fecha extracción de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  2° muestra  3° muestra  
Tipo de muestra:  Suero  LCR  Gota gruesa y frotis  Orina  Otra \_\_\_\_\_

4. DATOS DE NOTIFICACIÓN

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

Firma y sello de médico/a: \_\_\_\_\_