

## NOTIFICACIÓN DE CASO POR VIRUS DEL ÉBOLA (EVE)

**Definición de caso sospechoso:** Todo paciente que haya presentado fiebre (mayor a 38°C) y algunos de los siguientes antecedentes epidemiológicos:  
Contacto con caso confirmado de EVE en los 21 días anteriores a la aparición de síntomas.  
Antecedente de viaje a regiones con circulación confirmada de virus Ébola durante los 21 días previos a la aparición de síntomas; o contacto directo con muestras de laboratorio recolectadas de casos sospechosos de Enfermedad por virus Ébola durante los 21 días previos a la aparición de síntomas.

### 1. IDENTIFICACIÓN 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. DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de la fiebre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Ambulatorio Internado Fecha de internación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Fallecido

### 3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedente de viaje a zona afectada: Si No  
Sitio probable de adquisición de la infección:

País	Estuvo desde	Estuvo hasta	Fecha de ingreso a Argentina
	___/___/____	___/___/____	___/___/____

¿Fue atendido durante su estadía en zona afectada?: Si  No

### 4. ANTECEDENTES

Vacunación antiamarílica: Si No Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Vacunación Fiebre Hemorrágica Argentina: Si No Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Especifique si presenta alguno de los siguientes signos, síntomas o parámetros de laboratorio:**

	Si	No	Sin dato		Si	No	Sin dato
Fiebre (... 38°C)				Hemorragia			
Cefalea				Shock hipovolémico			
Mialgia				Transaminasas altas			
Odinofagia				Trombocitopenia			
Diarrea				Leucopenia			
Dolor abdominal intenso				Proteinuria			
Insuficiencia respiratoria				Fallo multiorgánico			
Vómitos							
Petequias				Fallecido			

### 5. DATOS DE LA MUESTRA PARA ESTUDIO ETIOLÓGICO

Fecha de toma de 1° muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de toma de 2° muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

#### EVOLUCIÓN DE CASO A LA FECHA

Paciente hospitalizado: Si No Fecha de hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Condición de alta: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha defunción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

## NOTIFICACIÓN DE CASO POR VIRUS DEL ÉBOLA (EVE)

### DATOS DEL RIESGO:

#### Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes):

- Atiende a personas enfermas       Trabajador/a de laboratorio       Técnico/a ambiental  
 Manipula animales       Trabajador/a sanitario       Trabajador/a sexual

#### Exposición (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- Contacto con animal, tejidos de animales o derivados       Animal de zona endémica  
 Persona a persona: contacto con un enfermo       Persona a persona: con persona de país de alta prevalencia  
 Persona a persona: sexual sin especificar       Ocupacional       Otra exposición ambiental

#### Animal sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

- Animal de caza mayor       Animal de caza menor       De granja       Salvaje cautivo  
 Mono       Murciélago       Zorro       Mascota exótica  
 Gato       Perro       Otra mascota       Otro salvaje libre  
 Roedor       Caballo       Otro animal

#### Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- Boscoso       Selvático       Rural       Urbano

### Datos de viaje:

Viaje durante el período de incubación:  Sí  No

Lugar del viaje: País: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha de ida: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Vuelta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

#### Motivo de estancia en país endémico (marcar una de las siguientes opciones):

- Inmigrante recién llegado       Trabajador temporal       Turismo  
 Visita familiar       Otro

#### Tipo de alojamiento (marcar una de las siguientes opciones):

- Departamento       Camping       Hotel  
 Balneario       Crucero       Privado  
 Otro Especificar: \_\_\_\_\_

### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

#### Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

- En investigación       Confirmado  
Criterio de clasificación de caso:  Criterio clínico       Epidemiológico       Laboratorio

Categoría diagnóstica (marcar una de las siguientes)

- Virus del Ébola       Otra. Especificar: \_\_\_\_\_

Asociado a brote:  Sí  No      Ciudad de declaración de brote: \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

Investigación de contactos: Sí  No

### 6. DATOS DEL NOTIFICANTE

Establecimiento notificante: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

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

Nombre y apellido del profesional: \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico/a: \_\_\_\_\_