

**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: _____ () 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: _____ /mm² Fórmula: ___/___/___/___/___/___ Plaq.: _____ /mm³
 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
 Rubéola Rickettsiosis 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: ___/___/___
 Anti amarílica: 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: _____