

VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO Y ZIKA
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO INTERNADO**B3****1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y nombres: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ☐ M ☐ F DNI: _____
Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino/a: _____
Barrio: _____ Localidad: _____
☐ Urbano ☐ Rural Departamento: _____ Provincia: _____

2. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Tuvo Dengue anteriormente: ☐ SI ☐ NO Fecha ____/____/____
Tuvo Zika anteriormente: ☐ SI ☐ NO Fecha ____/____/____
Tuvo Chikungunya anteriormente: ☐ SI ☐ NO Fecha ____/____/____

3. INTERNACIÓN

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ Fecha de consulta: ____/____/____
Fecha de internación: ____/____/____ hora: _____ Institución : _____
Motivo de la internación: _____
Servicio: _____ N° de historia clínica: _____
Embarazada: ☐ SI ☐ NO

	SIGNOS/SÍNTOMAS A EVALUAR CADA DÍA	DÍAS DE INTERNACIÓN											OBSERVACIONES
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SIGNOS DE ALARMA	Fiebre												
	Dolor abdominal, intenso y continuo												
	Vómitos persistentes												
	Derrame seroso de peritoneo, pleura o pericardio detectado por clínica, por laboratorio o por imágenes												
	Sangrado de mucosa												
	Cambio en el estado mental: Somnolencia o irritabilidad												
	Hepatomegalia (>2cm)												
	Incremento brusco del hematocrito y rápida disminución del recuento de plaquetas												
CRITERIOS DE DENGUE GRAVE	Shock Hipovolémico por fuga de plasma												
	Distrés respiratorio por acumulación de líquido												
	Sangrado grave												
	Daño orgánico importante												

Observaciones: _____

4. EGRESO

Condición de egreso: ☐ Vivo/a ☐ Fallecido/a Fecha: ____/____/____
Diagnóstico al egreso: ☐ Dengue ☐ Dengue con signo de alarma ☐ Dengue grave ☐ Chikungunya
☐ Zika ☐ Otro: _____

5. DATOS DE NOTIFICACIÓN

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

Firma y sello de médico/a: _____