

CASO SOSPECHOSO DE:

Identificar por orden de prioridad

1. _____
2. _____
3. _____

1 DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombres: _____ F. Nac.: ____/____/____
Edad: _____ Sexo: M / F DNI: _____ Tel.: _____
Domicilio actual: _____ Tel. de vecino: _____
Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad: _____
Departamento: _____ Provincia: _____ Zona: Urbana () Rural ()

2 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Factor de Riesgo: Si () No () ¿Cuál?: _____
Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana () Periurb () Rural () Silvestre ()
¿Viajó durante los últimos 45 días? Si () No () Fecha: ____/____/____ Destino: _____
¿Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si () No () Fecha: ____/____/____ Lugar: _____
¿Conoce casos similares? Si () No () ¿Quién/es? _____
Riesgo de ETA (Enf. De transmisión alimentaria): Si () No () Otros casos similares: _____

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet): marcar con una X

Vacuna	SI	NO	Desc.	Última fecha de vacunación
Antiamarílica				/ /
Hepatitis A				/ /
Hepatitis B				/ /
Fiebre Hemorrágica Argentina				/ /
BCG				/ /
Neumococo				/ /
Difteria/Tétanos y Pertusis (DTP)				/ /
Sabín (OPV)				/ /
Triple viral SRP o Doble viral				/ /
Virus Papiloma Humano (VPH)				/ /
Influenza				/ /
Meningococo				/ /
Anti-Rábica				/ /
Anti-Varicela				/ /
Anti-Rotavirus				/ /

Tratamiento empírico indicado (tipo y dosis): _____

¿Tuvo contacto sexual de riesgo en el último año?: _____

3 DATOS CLÍNICOS DE INICIO

Fecha de inicio de síntomas (FIS): ____/____/____ Sintomatología de inicio: _____

CASO SOSPECHOSO

FICHA ÚNICA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Apellido y Nombre del paciente: _____

4 DATOS CLÍNICOS ENCONTRADOS DURANTE LA CONSULTA

Fecha de la consulta: ___/___/___

Fecha de toma de muestra: ___/___/___

¿El paciente fue Internado?: SI () NO ()

Fecha de internación: ___/___/___

	SI	NO	Desc.		SI	NO	Desc.		SI	NO	Desc.
Fiebre (... 38° C)				Dolor abdominal*				Hepatomegalia			
Cefalea*				Inyección conjuntival				Esplenomegalia			
Mialgias*				Tos*				Oligoanuria			
Artralgias*				Disnea*				Sind. confusional*			
Dolor retro ocular				Taquicardia				Sind. meningeo*			
Erupción*				Prurito*				Encefalitis*			
Náuseas				Ictericia*				Sind. Hemorrágico*			
Vómitos*				Compromiso vías aéreas superiores*				Sepsis			
Diarrea*				Hematemésis				Shock*			

*Especificar síntomas: _____

Otros síntomas: _____

Tensión: mmHg. Pulso:...../min. FR...../min Prueba del torniquete: POS () NEG ().

Hto:.....% GB:...../mm3. Fórmula:/...../...../...../..... Plaq:...../mm3. VSG:.....mm

Sat de O₂: LCR:.....

Radiología inicial:

Otros exámenes complementarios:

5 INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (Datos del declarante)

Apellido y Nombres del Profesional: _____

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Establecimiento Notificante: _____ Fecha Notificación: ___/___/___

Teléfono: _____ FAX: _____ E-mail: _____

Sello del profesional

Fecha: ___/___/___

Firma del Profesional