

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE SÍNDROME FEBRILES



Profesional Notificante: _____

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

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

2. DATOS CLINICOS y EPIDEMIOLOGICOS

Fecha de la consulta: ____/____/____ Efector de atención ambulatoria: _____
 Fecha de internación: ____/____/____ Efector de internación: _____
 Fallecido: No SI Fecha defunción: ____/____/____ Contacto: No SI
 Nombre contacto: _____
 EMBARAZADA: NO SI SEMANA DE GESTACION: _____

DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de los Síntomas: ____/____/____

	SI	NO		SI	NO
Fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otros signos hemorrágicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cefalea intensa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Náuseas- vómitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor retroocular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conjuntivitis/Inyección Conjuntival	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor abdominal/abdomen agudo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mialgias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatomegalia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artralgias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Adenopatías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rash/erupción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Shock	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Petequias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tos/disnea/ otros síntomas respiratorios:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hemorragia gastrointestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

DATOS EPIDEMIOLOGICOS:

Ocupación: _____ Lugar de trabajo: Urbano Periurb Rural Silvestre
 Antecedente de viaje reciente últimos 15 días a área con transmisión de dengue, fiebre amarilla o paludismo? No SI
 Localidad/Provincia: _____

Antecedente de contacto con animales:

Ratas/lauchas Perros Vacas/cerdos/caballos/ovejas Ninguno

Antecedente de contacto con agua de:

Cloacas/servidas Arroyos/lagunas/río Inundación/anegamiento Ninguno

Tuvo dengue antes? No SI Fecha: ____/____/____ Serotipo: _____ Ignora:

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet):

Antiamarílica: Si No Ignora Última fecha de vacunación: ____/____/____

Fiebre Hemorrágica Argentina: Si No Ignora Última fecha de vacunación: ____/____/____

Leptospirosis: Si No Ignora Última fecha de vacunación: ____/____/____

3. SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

Paludismo Dengue Fiebre Amarilla Leptospirosis FHA Hantavirus Zika Chikungunya Otros

4. DATOS DE LABORATORIO

Ha sido transfundido? Si No Hematocrito: _____ Recuento Blancos: _____
 Neutrófilos _____ % Recuento Plaquetas: _____ VES: _____ Uremia _____ g/l
 Creatinina _____ mg/l Bilirrubina directa _____ g/ml
 TGP _____ UI/L TGO _____ UI/L FA _____ UI/L
 Recibió antibióticos? No Si Cuál? _____
 Fecha de la 1ª muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____
 Fecha de la 2ª muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE SÍNDROME FEBRILES



5. IMÁGENES

Rayos X: No Si Descripción: _____

Ecografía: No Si Descripción: _____

6. DATOS DEL INFORMANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____

Nombre del Profesional: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

SOLICITUD DE PLASMA INMUNE (PLASMA DE CONVALECIENTE DE FHA)

Quien suscribe, Dr/a _____ matrícula nº _____ médico de cabecera del paciente:

que se encuentra internado en: _____

solicita plasma de convalecencia de FHA, de grupo sanguíneo _____ RH _____

A fin de determinar la dosis adecuada informo que dicho paciente pesa _____ kg.

Se adjunta la ficha de notificación individual correspondiente y una muestra de sangre para serología extraída dentro de las últimas 24hs.

Lugar: _____ Fecha ____/____/____ Firma del Médico/a: _____