

VIGILANCIA DE SINDROME FEBRIL. PLANILLA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA



1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia.....Departamento.....Localidad.....
 Establecimiento Notificante.....Fecha de notificación...../...../.....
 Apellido y nombre del profesional.....Firma:.....
 Tel:.....Fax.....e-mail.....

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres:.....
 Fecha de nacimiento:/...../.....Edad:.....Sexo: M () F () DNI:.....
 Domicilio actual:.....Tel. propio o vecino:.....
 Referencia de ubicación domicilio:.....Localidad:.....
 Urbano () Rural () Departamento:.....Provincia:.....
 Embarazo: SI () NO ()
 F.U.M:/...../..... F.P.P:...../...../.....
 Observaciones:.....

3. DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de la fiebre:...../...../..... Fecha de consulta:...../...../..... Fecha de toma de muestra:...../...../.....
 T.A:mm/Hg. Pulso:/min. F. Respiratoria:/min

	si	no	ign		si	no	ign		si	no	ign
Fiebre > 38				Dolor abdominal				Hepatoesplenomegalia			
Cefalea				Síntomas gastrointestinales				Ictericia			
Mialgias				Iny. Conjuntival/ conjuntivitis				Oligoanuria			
Artralgias				Tos				S. Confusional			
Dolor retro-ocular				Taquipnea				S. Hemorrágico (*)			
Exantema pruriginoso				Debilidad muscular bilateral				Ausencia de ROT			
Microcefalia y/u otras anomalías congénitas				Embarazada asintomática				Sind. Guillain Barre			

4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación:.....Lugar de trabajo: Urbana (), periurbana (), rural (), silvestre ()
 Viajó durante los últimos 45 días?: SI () NO () Fecha:...../...../..... Destino:.....
 ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)
 Antiamarílica SI () NO () ign () Última fecha de vacunación:...../...../.....

5. DIRECCIÓN DE BLOQUEO

Domicilio completo.....

6. SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA

Calificar por número de orden. Paludismo () Dengue () Zika (), Chikungunya (), Leptospirosis (), FHA (), Hantavirus (), Rickettsiosis (), Virus del Oeste del Nilo (), Encefalitis de San Luis (),Otros.....

7. EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO

Hospitalizado: SI () NO () Ign () Fecha de hospitalización:...../...../.....
 Condición al alta:..... Fecha de alta:...../...../.....
 Fecha de defunción:...../...../.....
 Diagnóstico final:..... Fecha:...../...../.....