

SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS

(PEDIDO DE LABORATORIO)

A.O: \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad/barrio/paraje \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Domicilio laboral: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de internación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hs: \_\_\_\_\_ Fecha T. muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resumen de Historia Clínica

Fiebre en la última semana: SI NO

Compromiso Respiratorio: Leve Moderado Grave Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_ días.

Compromiso renal: SI NO Describir \_\_\_\_\_

Compromiso hepático: SI NO Describir \_\_\_\_\_

Síndrome Hemorrágico: SI NO - Describir: \_\_\_\_\_

Dolor abdominal: SI NO - Momento de aparición: \_\_\_\_\_

Principal hallazgo Rx tórax: \_\_\_\_\_

Tratamiento normatizado: Describir \_\_\_\_\_

Laboratorio solicitado

Prueba específica	IGM	PCR

Marcar con una x

Firma y sello del médico responsable \_\_\_\_\_

SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS  
(CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA)

A.O: \_\_\_\_\_ Semana Epidemiológica: \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad/barrio/paraje \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Domicilio laboral: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de internación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha T. muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Contacto evidente c/ roedores (vivos ó muertos) ó excrementos, madriguera, etc. SI NO - Fecha  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Descripción del lugar \_\_\_\_\_ Casos

anteriores en dicho lugar SI NO. Actividad al momento de la exposición: \_\_\_\_\_

Nº personas expuestas al mismo foco \_\_\_\_\_ Nº C/ síntomas \_\_\_\_\_ Nº Contactos intrafamiliares \_\_\_\_\_

Fecha colocación trampas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha retiro trampas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nº Roedores capturados \_\_\_\_\_

Resumen de Historia Clínica

Fiebre en la última semana: SI NO

Compromiso Respiratorio: L - M - G (ARM) Tiempo: \_\_\_\_\_ días

Síndrome Hemorrágico: SI NO -

Describir: \_\_\_\_\_

Dolor abdominal: SI NO - Momento de aparición: \_\_\_\_\_

Principal hallazgo Rx tórax: \_\_\_\_\_

Tratamiento normatizado: SI NO Justificar \_\_\_\_\_

Resultados de laboratorio

Prueba específica	IGM	FCR

DETERMINACIÓN	INGRESO	ESTADIA	EGRESO
HEMATOCRITO			
LEUCOCITOS (atípicos, sí - no)			
PLAQUETAS			
CREATININA			
BILIRRUBINA			
G.O.T./G.P.T.			

Evolución: \_\_\_\_\_

Fecha de egreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma y sello del Vigilante Epidemiológico \_\_\_\_\_