

ENFERMEDAD POR VIRUS DEL ÉBOLA (EVE)

FICHA DE NOTIFICACIÓN Y PEDIDO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

ARGENTINA
NOS INCLUYE



Definición de caso sospechoso: Todo paciente que haya presentado fiebre (mayor a 38°C) y alguno de los siguientes antecedentes epidemiológicos: contacto con caso confirmado de EVE en los 21 días anteriores a la aparición de síntomas; antecedente de viaje a regiones con circulación confirmada de virus del Ébola durante los 21 días previos a la aparición de síntomas; o contacto directo con muestras de laboratorio recolectadas de casos sospechosos de Enfermedad por virus del Ébola durante los 21 días previos a la aparición de los síntomas.

ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
Provincia: _____ Departamento: _____
Localidad: _____

DATOS DEL MÉDICO

Apellido y Nombre: _____
Tel. Celular: _____ Correo electrónico: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____ Documento: Tipo y N°
Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M () F () _____
Domicilio real (lugar donde pernocta en el momento actual): _____
Teléfono.: _____ Teléfono alternativo
Calle _____ N° _____ Referencia de ubicación (si el domicilio no es exacto)
Localidad _____ Departamento _____
Provincia _____

DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de la fiebre: ____/____/____ Fecha de la consulta: ____/____/____

Ambulatorio Internado Fecha de internación: ____/____/____ Fecha del alta: ____/____/____

Fallecido

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Antecedente de viaje a zona afectada SI NO

Sitio probable de adquisición de la infección:

País	Estuvo desde	Estuvo hasta	Fecha de ingreso a Argentina
	____/____/____	____/____/____	____/____/____

Fue atendido durante su estadía en zona afectada? SI NO

ANTECEDENTE:

Vacunación anti amarilica SI NO Fecha

Vacunación Fiebre Hemorrágica Argentina SI NO Fecha

ESPECIFIQUE SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS, SÍNTOMAS O PARÁMETROS DE LABORATORIO:

	Si	No	Sin dato		Si	No	Sin dato
Fiebre (.... 38°C)				Hemorragia			
Cefalea				Shock hipovolémico			
Mialgia				Transaminasas altas			
Odinofagia				Trombocitopenia			
Diarrea				Leucopenia			
Dolor abdominal Intenso				Proteinuria			
Insuficiencia respiratoria				Fallo multiorgánico			
Vómitos							
Petequias				Fallecido			

DATOS DE LA MUESTRA PARA ESTUDIO ETIOLÓGICO

Fecha de TOMA PRIMERA MUESTRA: ____/____/____

Fecha de TOMA SEGUNDA MUESTRA: ____/____/____

EVOLUCION DEL CASO A LA FECHA

Paciente Hospitalizado: Si () No () Ignora ()

Fecha hospitalización: ____/____/____

Condición del alta: _____

Fecha del alta: ____/____/____

Fecha de defunción: ____/____/____

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra: ____/____/____

DATOS DEL RIESGO

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes):

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Atiende a personas enfermas | <input type="radio"/> Trabajador de laboratorio |
| <input type="radio"/> Manipula animales | <input type="radio"/> Trabajador sanitario |
| <input type="radio"/> Técnico ambiental | <input type="radio"/> Trabajador del sexo |

Exposición (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Contacto con animal, tejidos de animales o derivados. | <input type="radio"/> Animal de zona endémica |
| <input type="radio"/> Persona a persona: contacto con un enfermo | <input type="radio"/> Persona a persona: con persona de país de alta prevalencia. |
| <input type="radio"/> Persona a persona: sexual sin especificar | <input type="radio"/> Ocupacional |
| <input type="radio"/> Otra exposición ambiental | |

Animal sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Animal de caza mayor | <input type="radio"/> Animal de caza menor | <input type="radio"/> Murciélago |
| <input type="radio"/> De granja | <input type="radio"/> Mono | <input type="radio"/> Salvaje cautivo |
| <input type="radio"/> Mascota exótica | <input type="radio"/> Perro | <input type="radio"/> Roedor |
| <input type="radio"/> Caballo | <input type="radio"/> Otra mascota | <input type="radio"/> Gato |
| <input type="radio"/> Otro animal | <input type="radio"/> Zorro | <input type="radio"/> Otro salvaje libre |

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- Boscoso
- Selvático
- Rural
- Urbano

Datos de viaje:

Viaje durante el período de incubación: SI NO

Lugar del viaje: País: _____

Ciudad: _____

Fecha de ida: ____/____/____

Fecha de vuelta: ____/____/____

Motivo de estancia en país endémico (marcar una de las siguientes opciones):

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Inmigrante recién llegado | <input type="radio"/> Trabajador temporal | <input type="radio"/> Turismo |
| <input type="radio"/> Visita familiar | <input type="radio"/> Otro | |

Tipo de alojamiento (marcar una de las siguientes opciones):

- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Departamento | <input type="radio"/> Camping | <input type="radio"/> Hotel |
| <input type="radio"/> Balneario | <input type="radio"/> Crucero | <input type="radio"/> Privado |
| <input type="radio"/> Otro especificado | | |

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

En investigación

Confirmado

Criterios de clasificación del caso:

Criterio clínico SI NO

Criterio epidemiológico SI NO

Criterio de laboratorio SI NO

Categoría diagnóstica (marcar una de las siguientes):

Virus del Ébola

Otro

Especificar: _____

Asociado:

A brote: SI NO Ciudad De declaración del brote: _____

OBSERVACIONES

Investigación de contactos: SI NO

Otras observaciones:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE, TUTOR O FAMILIAR A CARGO, ETC.:

Se me explicó que mi condición de salud se corresponde con el diagnóstico probable de _____; y se me sugirió que la extracción de sangre, punción lumbar, orina, es el procedimiento más adecuado para diagnosticar este problema.

También se me informó en qué consiste la toma de la muestra, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente.

Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves.

Se me explicó que el diagnóstico puede tener implicancias para la salud pública y que la información obtenida del mismo puede ser utilizada para acciones de prevención y control de enfermedades en la población. Así mismo y por este mismo motivo, de no llegarse a un diagnóstico luego de estudiarse para la principal sospecha clínica, podrá utilizarse la muestra para continuar los estudios con el fin de arribar al diagnóstico.

Por eso yo:

Apellido y nombre: _____ DNI N°: _____

Doy mi consentimiento para la toma de la muestra y la realización de pruebas diagnósticas _____

No acepto que se me realice de la toma de la muestra y la realización de pruebas diagnósticas _____

Lugar y fecha

Firma y aclaración del/la paciente

Firma y aclaración del representante legal (en caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y sello del/los profesionales intervinientes