



**Definición de caso**

**caso sospechoso de chagas agudo:** Persona de cualquier edad y sexo con síndrome febril prolongado, más la presencia de otro síntoma específico o inespecífico (esplenomegalia o chagoma) y sea residente o haya estado en zona endémica en los últimos 12 meses, tenga antecedentes de contacto con sangre (transfusiones, drogadicción IV, accidentes de trabajo) u otro material biológico en los últimos 12 meses o edad menor que 12 meses hijo de madre positiva.

**Caso sospechoso de chagas agudo:** Recién nacido hijo de madre con serología positiva para Chagas

**1. DATOS DEL DECLARANTE**

Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Establecimiento Notificante: \_\_\_\_\_ Fecha de Notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Apellido y Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: : \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICACION 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 \_\_\_\_\_

**3. DATOS CLINICOS**

Fecha de inicio de la fiebre \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Fecha de consulta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**EXAMEN FÍSICO** (colocar datos positivos, de lo contrario escribir normal)

Cabeza y cuello (mucosa y esclerótica): \_\_\_\_\_  
 Ap Respiratorio: \_\_\_\_\_  
 Ap Locomotor: \_\_\_\_\_  
 Ap Neurológico: \_\_\_\_\_  
 Ganglios: \_\_\_\_\_  
 Abdomen (hígado y bazo): \_\_\_\_\_

**DATOS CHAGAS CONGENITO**

Peso al nacer.....grs Nació a término? ? SI  NO  Meses de gestación.....semanas  
 Lactancia materna? SI  NO  Sind febril prolongado  Convulsiones  Diarrea prolongada   
 Adenopatías  Anemias  Hepatoesplenomegalia  Coriza  Edemas   
 Otros \_\_\_\_\_

**4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

Dónde vivió los primeros 15 años? \_\_\_\_\_  
 Tipo de vivienda de esos años: Pared: Adobe  Ladrillo  Revocado  Techo: Paja  Otros   
 Tuvo vinchucas? SI  NO  N/S   
 Tipo de vivienda actual: Pared: Adobe  Ladrillo  Revocado  Techo: Paja  Otros   
 Tiene vinchucas? SI  NO  N/S   
 Recibió transfusiones de sangre? SI  NO   
 La madre es chagásica? SI  NO  N/S   
 Recibió o donó órganos? SI  NO  Fecha cirugía \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**ANTECEDENTES**

Enfermedades previas (edad que las padeció): \_\_\_\_\_

Sospecha de chagas aguda actual SI  NO  En el pasado? SI  NO  N/S

Chagomas  Exantemas  Alteraciones cardiovasculares  Sind febril prolongado

Convulsiones.  Diarrea prolongada  Adenopatías  Anemias  Hepatoesplenomegalia

Otros: \_\_\_\_\_

**SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA**

Chagas agudo  Chagas congénito  Otro: \_\_\_\_\_

**5. EXAMENES DE LABORATORIO**

**BUSQUEDA DEL PARASITO EN SANGRE**

Fecha de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_

Fecha de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_

Fecha de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_

**SEROLOGIA**

Fecha de la 1ª muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_

Fecha de la 2º muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_

Fecha de la 3º muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_

**6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION**

Tratamiento indicado al paciente: \_\_\_\_\_

Droga utilizada para el tratamiento: \_\_\_\_\_ Cantidad utilizada (Dosis): \_\_\_\_\_

Identificación de contactos o expuestos: Si  No  Nº de contactos o expuestos identificados: \_\_\_\_\_

(según norma) Nº de contactos positivos: \_\_\_\_\_

Control con insecticidas: Si  No  Nº de viviendas tratadas: \_\_\_\_\_

Insecticida utilizado: \_\_\_\_\_ Cantidad aplicada: \_\_\_\_\_

Otros controles realizados: \_\_\_\_\_

**7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO**

Paciente Hospitalizado: Si  No  Se ignora  Fecha hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Condición del alta: \_\_\_\_\_ Fecha del alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Clasificación final: Chagas Agudo Si  No  Chagas Congénito Si  No

**IMPORTANTE:**

- 1) Recién nacido de madre chagásica: **realizar microstrout**: si es (+) iniciar tratamiento, si es (-) **realizar serología nuevamente a los 6 meses de vida**: si es (+) confirmado por 2 técnicas, iniciar tratamiento.
- 2) Iniciar tratamiento a todo **menor de 15 años con serología (+)** confirmado por 2 o más técnicas.
- 3) Iniciar tratamiento a todo **mayor de 15 años con sospecha de chagas agudo**, clínica o confirmado por laboratorio.
- 3) Solicitar (presentado esta ficha, la edad y el peso de paciente) el medicamento para el tratamiento adecuado

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico