



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 la consulta: ____/____/____

	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.
Generales				Compromiso respiratorio				Otros, cuales:			
Fiebre (..... 38° C)				Afect. vías aéreas sup.							
Fiebre cíclica				Afect. vías aéreas inf.							
Cefalea				Tos							
Mialgias				Disnea							
Erupción				Gastroentéricas							
Compromiso SNC				Diarrea				Complicaciones:			
Encefalitis				Vómitos							
Sind. Meníngeo				Ictericia							
Irritabilidad				Náuseas							
Somnolencia				Dolor abdominal							

Hto:.....% GB:...../mm3. Fórmula:/...../...../...../..... Plaquetas:...../mm3. VSG:.....mm

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana Periurbano Rural Silvestre
 Viajó durante los últimos 45 días? Si No Fecha: ____/____/____ Destino _____
 Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si No Fecha: ____/____/____
 Lugar _____
 Conoce casos similares? Si No Quién/es? _____ En que fecha? ____/____/____
 Estuvo en contacto en forma reciente con agua estancada? Si No Donde?: _____
 Ingresó a una vivienda que haya estado cerrada por mucho tiempo? Si No
 Tuvo contacto con monos muertos? Si No Donde? _____
 Tuvo contacto con otros animales? Si No Donde? _____
 Fue recientemente a cazar o pescar? Si No Donde? _____ Fecha: ____/____/____

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)

Antiamarílica: Si No Se ignora Última fecha de vacunación: ____/____/____
 Fiebre Hemorrágica Argentina: Si No Se ignora Última fecha de vacunación: ____/____/____



SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

Etiologías sospechadas: _____

5. DATOS DE LABORATORIO

1. Tipo de muestra: _____ Fecha: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____

2. Tipo de muestra: _____ Fecha: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____

3. Tipo de muestra: _____ Fecha: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____

4. Tipo de muestra: _____ Fecha: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____

Tipos de muestra: suero, sangre, heces, hisopado nasal, hisopado faríngeo, LCR, material de biopsia, material de necropsia, biopsia, esputo, otros

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Tratamiento indicado al paciente: _____

Droga utilizada para el tratamiento: _____

Identificación de contactos o expuestos: Si No N° de contactos o expuestos identificados: _____
(según norma) N° de contactos positivos: _____

Quimioprofilaxis a contactos o expuestos: Si No N° de profilaxis indicadas: _____

Droga utilizada para la profilaxis: _____

Bloqueo con vacunas: Si No N° de vacunas aplicadas: _____

Bloqueo con insecticidas, rodenticidas, etc.: Si No N° de viviendas controladas: _____

Sitios de riesgo controlados (basurales, cementerios, etc.): Si No ¿Cuales?: _____

Insecticida/rodenticida/biocida utilizado: _____ Cantidad aplicada: _____

¿Se hizo tratamiento espacial? Si No

Insecticida utilizado para tratamiento espacial: _____ Cantidad aplicada: _____

Se indicó cuarentena o aislamiento? Si No Donde?: _____

Otras medidas aplicadas: _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ___/___/___

Condición del alta: _____ Fecha del alta: ___/___/___

Fecha de defunción: ___/___/___

Clasificación final: _____

Fecha ___/___/___

Firma y Sello Médico