

Caso sospechoso de **DENGUE** ☐ **CHIKUNGUNYA** ☐ **ZIKA** ☐

SE: Fecha de notificación: ____/____/____

Inicio de síntomas: ____/____/____ Fecha consulta: ____/____/____ Internación: SI ☐ NO ☐ Fecha ingreso: ____/____/____

Institución: Sector: Tel: int.:

Datos del caso

CI: Nombres y apellidos (en imprenta):

Sexo: F ☐ M ☐ Fecha nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ años ☐ meses ☐ días ☐ (señale lo que corresponda)

Dirección: Barrio:

Departamento: Localidad: Tel/cel:

Datos del notificador

Nombre y apellido: Notifica como: Cel:

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Datos clínicos y epidemiológicos:

Fiebre (Fecha de inicio: ____/____/____)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal intenso y continuo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cefaleas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edemas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolor retro-orbitario	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sangrado de mucosas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Náuseas/vómitos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sangrado grave	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Exantema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Letargia o irritabilidad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mialgias y artralgias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Shock	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Intensa/discapacitante	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

¿Viajó o vive en áreas con circulación de Dengue/Chikungunya/Zika? SI ☐ NO ☐ Dónde: ____
Fecha de regreso al país: ____/____/____

¿Recibió vacunación contra la fiebre amarilla? SI ☐ NO ☐ Fecha: ____/____/____

¿Cursó anteriormente alguna de éstas enfermedades? Dengue: SI ☐ NO ☐ Fecha aprox.: ____/____/____
Chikungunya: SI ☐ NO ☐ Fecha aprox.: ____/____/____ Zika: SI ☐ NO ☐ Fecha aprox.: ____/____/____

¿Cursa embarazo? SI ☐ NO ☐ Trimestre: 1ero. ☐ 2do. ☐ 3ero. ☐

Paraclínica:

Hemograma Leucocitos: ____/mm³ Plaquetas: ____/mm³ Hematocrito: ____%

Muestra de sangre enviada al Departamento de Laboratorios de Salud Pública (especifique para que enfermedad se registran los resultados)	Fecha toma de muestra	ELISA IgM	ELISA IgG	PCR VIRAL
1º ____/____/____		Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
2ª ____/____/____		Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>

¿Se implementaron medidas de aislamiento? SI ☐ NO ☐

Evolución del caso

Requirió internación en CTI: SI ☐ NO ☐ Egreso: alta ☐ fallecimiento ☐ Fecha: ____/____/____

Diagnóstico final: Clasificación (cuando corresponda):
confirmado ☐ descartado ☐ incompletamente estudiado ☐

C.P.:
Nº Reg: