

Caso sospechoso de **ENFERMEDAD ZONÓTICA**
Hantavirus ☐ **Leptospirosis** ☐ **Brucelosis** ☐ **Carbunco** ☐ **Fiebre Q** ☐

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 ☐

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"/>	Neumonía/neumonitis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cefaleas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Síndrome hemorrágico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mialgias y artralgias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Compromiso renal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lesiones de piel	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Compromiso hepático	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sintomatología digestiva	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ictericia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Hiperemia conjuntival	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Lugar de residencia: rural ☐ sub-urbano ☐ urbano ☐ Ocupación actual (especifique) _____

¿Realizó limpieza de galpones, depósitos (u otros lugares deshabitados) en los últimos 30 días? SI ☐ NO ☐

¿Visitó zonas agrestes (ej. camping) en los últimos 30 días? SI ☐ NO ☐

¿Consumió agua no potabilizada o leche sin pasteurizar en los últimos 30 días? SI ☐ NO ☐

¿Estuvo expuesto a alcantarillas, graseras, inmersión (arroyo, río) en los últimos 30 días? SI ☐ NO ☐

¿Estuvo en contacto con animales (silvestres o domésticos) en los últimos 30 días?: SI ☐ NO ☐
De responder afirmativamente, indique cuál/cuales: roedores ☐ aves ☐ vacas ☐ cerdos ☐ ovejas ☐ caballos ☐ cabras ☐ perros ☐
¿Hay otras personas con igual sintomatología? SI ☐ NO ☐

Paraclínica:

Hemograma	Leucocitos: ____/mm ³	Función hepática	BT ____mg/dl	LDH ____mg/dl
	Plaquetas: ____/mm ³		TGO ____UI/l	TGP ____UI/l
Función renal	Hematocrito: ____%	RX de tórax	Consolidación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Azoemia: ____mg/dl		Infiltrado intersticial: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Creatinemia: ____mg/dl			

Muestra de sangre enviada al Departamento de Laboratorios de Salud Pública

Fecha toma de muestra	ELISA IgM	ELISA IgG	PCR VIRAL	DBLOT	MAT	Especifique para que enfermedad
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"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <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"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	

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: