TARJETA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE DENGUE

Ministerio de SALUD

FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS ____/____/____

NOTIFICACIÓN AL MSP: SÍ ___ NO ___

FECHA ____/____/____

CONTROL DE SIGNOS VITALES

	Día 1	Día 1	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
PA (mmHg)							
Tax (ºC)							

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES

- Tomar mucho líquido (agua, jugos, té, mate, suero de rehidratación)
- Guardar reposo
- Descender fiebre y calmar dolor con PARACETAMOL (no superar las dosis recomendadas por el médico)
- NO USAR ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO

ATENCIÓN: en caso de presentar uno o más de los siguientes signos de alarma consulte a la brevedad:

⇒ Dolor muy intenso y sostenido en el abdomen
⇒ Sangrado por nariz, boca u otra hemorragia
⇒ Disminución del volumen de orina
⇒ Vómitos frecuentes o con sangre
⇒ Dificultad para respirar
⇒ Agitación o somnolencia intensas
⇒ Sudor frío
⇒ Puntos o manchas rojas en la piel
⇒ Mareos frente a cambios de posición

TARJETA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE DENGUE

Ministerio de SALUD

NOMBRES _____

APELLIDOS_____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

DOMICILIO _____

_____

INSTITUCIÓN _____

ESTIMADO USUARIO:
PRESENTE ESTE CARNET EN CADA CONSULTA

EXÁMENES PARACLÍNICOS

FECHA	HEMATO-CRITO(%)	PLAQUETAS (/MM^3)	LEUCOCI-TOS (/MM$^{3)}$	SEROLOGÍA