



Gobierno Provincial

VIGILANCIA DE SINDROME FEBRIL
PLANILLA CLINICO-EPIDEMIOLOGICA



Ministerio de Salud Pública

Definición de caso: Persona de cualquier edad y sexo que presente fiebre, de menos de siete (7) días de duración, mialgias y cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.-

1. DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Sexo: M [] F [] D.N.I.: _____
 Domicilio Actual: _____ Telefono: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad: _____
 Urbano [] Rural [] Departamento: _____ Provincia: _____
 Establecimiento que notifica: _____ Fecha de Notificación: ____ / ____ / ____

2. INFORMACIÓN CLINICA

Fecha de inicio de los síntomas: ____ / ____ / ____ ← **Dato Importante para acciones de vigilancia**
 Fecha de Consulta: ____ / ____ / ____

	SI	NO	Ign.		SI	NO	Ign.		SI	NO	Ign.
Fiebre [..... 38° C]				Dolor abdominal				Edema Bipalpebral			
Cefalea				Inyección conjuntival				Hepatomegalia			
Mialgias				Tos				Esplenomegalia			
Artralgias				Disnea				Oligoanuria			
Dolor retro ocular				Taquipnea				Sind. Confusional			
Erupción				Prurito				Sind. Meningeo			
Náuseas				Ictericia				Sind. Hemorrágico*			
Vómitos				(*) Especificar (marcar con una cruz): petequias.....; púrpura.....; epistaxis.....; gingivorragia.....;							
Diarrea				hemoptisis.....; melena.....; vómitos negros.....; otros.....							

Tensión: MIN ____ MAX ____ Pulso: ____ /min. Prueba del torniquete: POS [] NEG [] FR: MIN ____
 Hto: ____ % GB: ____ /mm3. Fórmula: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Plaq: ____ /mm3. VSG: ____ mm.

3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbano [] 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? _____

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)

Antiamarílica: SI [] NO [] Ign. [] Última fecha de vacunación: ____ / ____ / ____
 Fiebre Hemorrágica Argentina: SI [] NO [] Ign. [] Última fecha de vacunación: ____ / ____ / ____

4. SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

(calificar por n° de orden) Paludismo [] Dengue [] Fiebre Amarilica [] Leptospirosis [] FHA [] Hantavirus []
 Rickettsiosis [] Triquinosis [] Chikunguya [] Zika [] Mayaro [] Otros: _____
 Tratamiento empírico indicado (tipo y dosis): _____

5. DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de la 1° Muestra: ____ / ____ / ____ Resultado: _____ Método: _____
 Fecha de la 2° Muestra: ____ / ____ / ____ Resultado: _____ Método: _____

6. EVOLUCIÓN DEL CASO (se llena al alta médica)

Paciente Hospitalizado: SI [] NO [] Ign. [] Fecha hospitalizado: ____ / ____ / ____
 Condición del alta: _____ Fecha del alta: ____ / ____ / ____
 Fecha de defunción: ____ / ____ / ____
 Clasificación final: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y Sello del médico: _____