



VIGILANCIA DE SINDROME FEBRIL
PLANILLA CLINICO-EPIDEMIOLOGICA

Definición de caso: Persona de cualquier edad y sexo que presenta 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 nombres: _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M () F () DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
 Urbano () Rural () Departamento _____ Provincia _____
 Establecimiento que notifica: _____ Fecha de notificación: ____/____/____

2. INFORMACIÓN CLINICA

Fecha de inicio de la fiebre: ____/____/____ Fecha de la consulta: ____/____/____

	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.
Fiebre (..... 38° C)				Dolor abdominal				Edema bpalpebral			
Cefalea				Inyección conjuntival				Hepatomegalia			
Mialgias				Tos				Esplenomegalia			
Artralgias				Disnea				Oligoanuria			
Dolor retro ocular				Taquipnea				Sind. confusional			
Erupción				Prurito				Sind. meníngeo			
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:/...../...../...../..... Plaquetas:...../mm3. VSG:.....mm

3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana () Periurb () 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 Amarilla () Leptospirosis () FHA () Hantavirus ()
 Rickettsiosis () Triquinosis () Otros _____
Tratamiento empírico indicado (tipo y dosis) _____

5. DATOS DE LABORATORIO

Fecha de la 1ª muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____
 Fecha de la 2ª muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

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

Paciente Hospitalizado: Si () No () Ign () Fecha hospitalización: ____/____/____
 Condición del alta: _____ Fecha del alta: ____/____/____
 Fecha de defunción: ____/____/____

Clasificación final: _____ Fecha: ____/____/____