



LA PLANILLA DE NOTIFICACIÓN DEBE ENVIARSE  
INMEDIATAMENTE VIA FAX O E-MAIL

Ficha Clínica-Epidemiológica de Infecciones por Hantavirus – Pág. 2 de 3

### DATOS EPIDEMIOLOGICOS

**Contacto con pacientes que padecieron Hanta virus o cuadro similar** si  no

| relación (1) | los visitó (2) | los atendió(2) | nombre - apellido -dirección |
|--------------|----------------|----------------|------------------------------|
|              |                |                |                              |
|              |                |                |                              |
|              |                |                |                              |
|              |                |                |                              |
|              |                |                |                              |

(1) indicar la relación según el siguiente código : 1- familiar 2- vecino 3- amigo 4-otro  
(2) marcar con una cruz si lo visitó o atendió según corresponda.

|                 |           |   |                          |
|-----------------|-----------|---|--------------------------|
| Habita en zona: | Urbana    | 1 | <input type="checkbox"/> |
|                 | Suburbana | 2 | <input type="checkbox"/> |
|                 | Rural     | 3 | <input type="checkbox"/> |

|   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cuántas personas habitan en su casa?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Superficie cubierta por la vivienda (m <sup>2</sup> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |   |
|--|---|
| Vive en un barrio de emergencia o misión ?           | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Vive alrededor de un barrio de emergencia o misión ? | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |

#### Materiales de construcción de la vivienda

|          |   |                          |
|----------|---|--------------------------|
| chapa    | 1 | <input type="checkbox"/> |
| madera   | 2 | <input type="checkbox"/> |
| adobe    | 3 | <input type="checkbox"/> |
| ladrillo | 4 | <input type="checkbox"/> |
| mixta    | 5 | <input type="checkbox"/> |

#### Ocupación :

#### Nivel de educación

|               | ninguna  | 1          |                          |                          |
|---------------|----------|------------|--------------------------|--------------------------|
|               | Completa | Incompleta |                          |                          |
| primaria      | 2        | 3          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| secundaria    | 4        | 5          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| terciaria     | 6        | 6          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| universitaria | 8        | 7          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Condición de la vivienda

|           |   |                          |
|-----------|---|--------------------------|
| propia    | 1 | <input type="checkbox"/> |
| alquilada | 2 | <input type="checkbox"/> |
| cedida    | 3 | <input type="checkbox"/> |

#### Viajó a zona endemica

Cual : si  no

### SANEAMIENTO DEL MEDIO

#### Provisión de agua:

|                          | Tratada                    | No tratada                 |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>en la casa</b>        |                            |                            |
| de acequia               | 1 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| de pozo                  | 2 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| de grifo comunitario     | 3 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| de servicio centralizado | 4 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| <b>en el trabajo</b>     |                            |                            |
| de acequia               | 1 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| de pozo                  | 2 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| de grifo comunitario     | 3 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| de servicio centralizado | 4 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |

|                          |   |                          |
|--------------------------|---|--------------------------|
| recolección domiciliaria | 1 | <input type="checkbox"/> |
| acopio sin tratar        | 2 | <input type="checkbox"/> |
| acopio tratado           | 3 | <input type="checkbox"/> |

#### Disposición de excretas

|                     |   |                          |
|---------------------|---|--------------------------|
| baño con cloaca     | 1 | <input type="checkbox"/> |
| baño con pozo ciego | 2 | <input type="checkbox"/> |
| baño con letrina    | 3 | <input type="checkbox"/> |
| cielo abierto       | 4 | <input type="checkbox"/> |

#### Su casa o lugar de trabajo posee:

|                     | casa                       | trabajo                    |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|
| zotano              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| altillo             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| entretecho          | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| calefacción central | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| aire acondicionado  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| chimenea            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| leñera              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| galpón              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

LA PLANILLA DE NOTIFICACIÓN DEBE ENVIARSE  
INMEDIATAMENTE VIA FAX O E-MAIL

Ficha Clínica-Epidemiológica de Infecciones por Hantavirus – Pág. 3 de 3

**CONTACTO ROEDOR-HUMANO**  
**( en las últimas 6 semanas )**

|   |   |
|---|---|
| Observó madrigueras de roedores en el perímetro de su hogar   | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Observó madrigueras de roedores en el perímetro de su trabajo | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Observó roedores circulando en el perímetro de su hogar       | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Observó roedores circulando en el perímetro de su trabajo     | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Observó excretas de roedores en el perímetro de su hogar      | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Observó excretas de roedores dentro de su hogar               | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Observó excretas de roedores en su lugar de trabajo           | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Realizó tareas de captura de roedores                         | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Manipuló roedores muertos o vivos                             | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Manipuló alimentos contaminados con excrementos               | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |

**Realizó actividades de:**

|         | donde | frecuencia semanal |
|---------|-------|--------------------|
| Caza    |       |                    |
| Camping |       |                    |
| Pesca   |       |                    |
| Picnic  |       |                    |

Acostumbra a llevarse pastos o granos a la boca si  no

|                        |   |
|------------------------|---|
| Tiene gato doméstico:  | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| está dentro de su casa | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| lo manipula            | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| caza roedores          | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |

**ACTIVIDADES DE AGRICULTURA**  
**( en las últimas 6 semanas )**

|  |  |
|--|--|
| Trabaja en huerta o quinta   | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          |
| Prepara lotes para siembra   | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          |
|  | mecánica si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
|  | manual si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>   |
| Siembra  | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          |
|  | mecánica si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
|  | manual si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>   |
| Tareas generales de campo ( reparación de alambrados, máquinas etc.)   | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          |
| Tareas en galpones donde habiten roedores ( limpieza, apilar fardos de paja o lana, mover bolsas de alimentos para animales, etc.) | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          |
| Trabaja en cría de aves, cerdos, animales de corral  | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          |
| Trabaja en tareas referentes a la esquila de ovejas o barracas con lana  | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Usa protección en estos trabajos: | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                         |
|                                   | guantes si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                 |
|                                   | botas si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                   |
|                                   | protección respiratoria si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |

**ACTIVIDADES DE LIMPIEZA**  
**( en las últimas 6 semanas )**

|  |   |
|--|---|
| Limpió cabañas o habitaciones de alquiler que estuvieran deshabitadas    | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Limpió galpones, altillos o bauleras posiblemente habitadas por roedores | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Sacudió alfombras que estuvieran guardadas en los lugares citados        | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Realizó tareas de demolición de propiedades antiguas, desarme de cabañas | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |

**FACTORES DEL HUÉSPED**

|                              |   |  |   |
|------------------------------|---|--|---|
| Consumo bebidas alcoholicas? | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Sufrió accidentes en área endemoepidémica:   | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Cantidad diaria (en cc)      |   | herida                                       | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Cual ?                       |   | mordedura de animal                          | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Fuma ?:                      | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | en caso afirmativo :que animal               |   |
| N de cigarrillos por día     |   | rasguño de animal                            | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Consumo drogas ?             | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | en caso afirmativo :que animal               |   |
| Cocaína                      | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Antecedentes patológicos :                   |   |
| Cocaína inyectable           | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |  |   |
| Marihuana                    | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Internaciones previas en los últimos 6 meses | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Coquea                       | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Donde:                                       |   |
| otra(especificarla)          | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Diag.  |   |

Encuestador :  
Nombre y apellido :

Tel-fax  
Dirección