

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, 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. 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:** ...../...../...../...../..... **Pla:**...../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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_