

SINDROME FEBRIL AGUDO INESPECIFICO (SFAI)

FICHA DE NOTIFICACIÓN Y PEDIDO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

ENERO 2016

Área de Vigilancia de la Salud.
Dirección de Epidemiología.



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Definición de caso sospechoso: Todo paciente que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 45 días) fiebre aguda -de menos de siete (7) días de duración- mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

Fecha de Notificación: DIA MES AÑO DNI del paciente

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: Apellido y nombre _____

Fecha de nacimiento Edad: Sexo: F M Ocupación _____

Domicilio: Calle _____ N° Entre calles: _____
Barrio: _____

Referencia de ubicación: _____ Ámbito Urbano Rural

Localidad: _____ Departamento: _____ Provincia: _____

Teléfono.: _____ Teléfono alternativo (familiar o contacto) _____

DATOS CLINICOS: Fecha de consulta: Consultó previamente? SI NO Fecha

Fecha de inicio de la fiebre: Ambulatorio Internado Fecha de internación:

Embarazada

ESPECIFIQUE SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS, SÍNTOMAS O PARÁMETROS DE LABORATORIO:

Signos y síntomas	Si	No	S/D		Si	No	S/D
Fiebre mayor a 38°C				Exantema			
Cefalea				Hepatomegalia			
Mialgias				Esplenomegalia			
Artralgia				Oligoanuria			
Dolor retro ocular				Síndrome Hemorrágico*			
Dolor abdominal				Tos			
Nauseas				Taquipnea			
Vómitos				Síndrome Confusional			
Diarrea				Síndrome Meníngeo			
Inyección conjuntival				Encefalitis			
Ictericia				RX de tórax**			

*Marcar con una x Petequias Púrpura Epistaxis Gingivorragia Hemoptisis Melena Vómitos negros Otros

** Describir: _____

Hto:.....% GB:...../mm3. Fórmula:...../...../...../...../..... Plaq:...../mm3. VSG:.....mm

Urea:.....mg/dl Creatinina:mg/dl ALT-GPT :..... UI/L AST-GOT: UI/L FAL: UI/L

DATOS DE LA MUESTRA PARA ESTUDIO ETIOLÓGICO (A completar por el laboratorio notificador)

Fecha de TOMA PRIMERA MUESTRA: ____/____/____

Fecha de TOMA SEGUNDA MUESTRA: ____/____/____

SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA / SOLICITUD DE ESTUDIOS PARA DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO:

(Calificar SOLO las patologías sospechadas y numerarlas según orden de sospecha siendo 1 la principal y los números subsiguientes)		
Dengue		Fiebre Amarilla
Leptospirosis		Fiebre Hemorrágica Argentina
Hantavirus		Encefalitis de San Luis
Chikungunya		Fiebre del Nilo Occidental
Zika		Rickettsiosis
Paludismo		Otros (especificar)

DATOS EPIDEMIOLOGICOS¿Viajó durante los últimos 45 días? SI NO Fecha de viaje: ___/___/___ Destino: _____

Fecha de regreso: ___/___/___

Sitio probable de adquisición de la infección:

País	Provincia	Departamento	Localidad

¿Este caso es parte del monitoreo de un brote en curso? Si () No () ¿De qué localidad? _____

¿Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si () No () Fecha: ___/___/___ Lugar _____

¿Estuvo en contacto con animales? Si () No () Especificar cuáles _____

¿Conoce casos similares? Si () No () Quién/es? _____

ANTECEDENTES:Tuvo dengue previamente SI NO Año _____Vacunación antiamarílica SI NO Fecha: ___/___/___Vacunación Fiebre Hemorrágica Argentina SI NO Fecha: ___/___/___Vacunación Leptospirosis SI NO Fecha: ___/___/___**EVOLUCION DEL CASO A LA FECHA**Condición de Egreso: Vivo Muerto

Fecha del alta: ___/___/___

Fecha de defunción: ___/___/___

Recibió tratamiento previo a la toma de muestra: Si () No () Ignora (). Cual: _____

ESTABLECIMIENTO _____ Provincia: _____

Departamento: _____ Localidad: _____ Teléfono/Fax _____

DATOS DEL MÉDICO: Apellido y nombre _____

Tel. Celular: _____ Correo electrónico: _____

SOLICITUD DE PLASMA INMUNE (PLASMA DE CONVALECIENTE DE FHA)

El que suscribe, Dr. _____

Matrícula N° _____, médico de cabecera del paciente _____

que se encuentra internado en la Clínica o Sanatorio _____

solicita plasma de convaleciente de FHA, de grupo sanguíneo _____ Rh _____.

A fin de determinar la dosis de plasma adecuada informo que dicho paciente pesa _____ Kg.

Se adjunta la ficha de notificación individual correspondiente y una muestra de sangre para serología extraída dentro de las últimas 24 hs.

Lugar _____ Fecha: ___/___/___ Firma del médico: _____