

FICHA EPIDEMIOLÓGICA INTEGRADA para ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS *Aedes aegypti* (ETMAa)

Para adjuntar a las muestras de laboratorio y/o para investigación local

>-----> La notificación oficial se realiza EXCLUSIVAMENTE a través del SNVS (C2 y SIVILA) <-----<

DATOS DEL PACIENTE	APELLIDO Y NOMBRES:.....		
	Edad:.....	Sexo.....	DOC. IDENTIDAD (tipo y nº).....
	Dirección (Calle y nº).....		Tel:.....
	Ciudad:.....	Provincia:.....	País.....

DATOS DEL NOTIFICADOR	A y N del Profesional.....	Tel:.....	Fecha de Notificación:.....
	Correo electrónico:.....		Lugar de atención:.....

DATOS CLÍNICOS	Sospecha de : DENGUE <input type="checkbox"/> FIEBRE CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/> ENF POR VIRUS ZIKA <input type="checkbox"/> FIEBRE AMARILLA <input type="checkbox"/>			
	Fecha de inicio de la fiebre: ____/____/____		Fecha de la consulta: ____/____/____	
	cefalea		náuseas/vómitos	hepato/esplenomegalia
	dolor retro ocular		diarrea	Meningitis/encefalitis
	mialgias		dolor abdominal	petequias
	artralgias		conjuntivitis no purulenta	epistaxis
	dolor de espalda		inyección conjuntival	gingivorragia
	malestar general		erupción cutánea	metrorragia
	estomatitis		prurito	otras hemorragias
	otros síntomas			

Prueba del torniquete: NO POS NEG HTO:.....% GB:...../mm3. Fórmula:

Plaquetas:...../mm3. Bilirrubina:..... Transaminasas:.....

Internado: NO SI Fecha:...../...../..... HTAL: SALA GRAL UTI

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	1. Tuvo anteriormente DENGUE <input type="checkbox"/> CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/> ZIKA <input type="checkbox"/> F. AMARILLA <input type="checkbox"/> ¿CUÁNDO?..... NO: <input type="checkbox"/> NO sabe <input type="checkbox"/>
	2. Ha viajado en los 15 días previos al comienzo de los síntomas: NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>
	¿Dónde viajó?..... Fecha de salida...../...../..... Fecha de Regreso:/...../.....
	3. Contacto reciente con enfermos de: DENGUE <input type="checkbox"/> CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/> ZIKA <input type="checkbox"/> F. AMARILLA <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> NO sabe <input type="checkbox"/>
	4. Tiene recipientes con agua u otros criaderos de mosquitos en su domicilio? NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Tipo:.....
	5. Lugar de trabajo:.....
	6. Recibió VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA? NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Cuando?.....
	7. Transmisión vertical: NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> 8. Contacto sexual de riesgo: NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>
	9. Recibió transfusiones dentro de los 15 días previos al inicio de la enfermedad? NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>
	10. Donó sangre 48hs antes del inicio de la enfermedad? NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Dónde?.....
	11. COMORBILIDADES: NO <input type="checkbox"/> Embarazo: <input type="checkbox"/> Semanas de gestación:..... Obesidad: <input type="checkbox"/> DBT: <input type="checkbox"/>

Cardiopatías: Inmunosupresión Edad < 3m: Edad > 70: Otras:.....

RIESGO SOCIAL: → vive solo difícil acceso hospital pobreza extrema otros.....

DENGUE (Criterios DENCO)	SIGNOS DE ALARMA NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> : Dolor abdominal intenso y continuo <input type="checkbox"/> Vómitos persistentes <input type="checkbox"/>
	Derrame seroso <input type="checkbox"/> Sangrado de mucosas <input type="checkbox"/> Somnolencia/irritabilidad <input type="checkbox"/> Hepatomegalia > 2cm <input type="checkbox"/>
	Incremento brusco del HTO <input type="checkbox"/> → N°..... Disminución rápida plaquetas <input type="checkbox"/> N°.....

DENGUE GRAVE NO SI : Shock hipovolémico Distress respiratorio Sangrado Grave

Daño orgánico importante

LABORATORIO VIROLOGICO	Tipo de muestra	Fecha toma muestra	Técnicas y resultados Labor. inicial	Técnicas Resultados Labor. Referencia
	Sangre	1°		
		2°		
	Orina			
Otras				

EVOLUCIÓN y CLASIFICACION FINAL	Complicaciones NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?
	Fecha alta ____/____/..... CURADO <input type="checkbox"/> CON SECUELA <input type="checkbox"/> (¿Cuál?.....) FALLECIDO <input type="checkbox"/> DERIVADO <input type="checkbox"/>
	DENGUE <input type="checkbox"/> CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/> ZIKA <input type="checkbox"/> F. AMARILLA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

Observaciones:..... Firma: