

**VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO  
INESPECÍFICO Y ZIKA**

**B1**

**1. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F DNI: \_\_\_\_\_  
 Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino: \_\_\_\_\_  
 Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Urbano  Rural Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN CLÍNICA**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Consultó previamente:  SI  NO Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.
Fiebre ( _____ °C)				Dolor abdominal				Ictericia			
Cefalea				Inyección conjuntival				Hepatomegalia			
Mialgias				Tos				Esplenomegalia			
Artralgias				Disnea				Oligoanuria			
Dolor retro ocular				IRAG				Sind. Confusional			
Erupción*				Hemoptisis				Sind. Meningeo			
Náuseas				Prurito				Sind. Hemorrágico*			
Vómitos				Conjuntivitis no purulenta				Anosmia/ Disgeusia			
Diarrea				Odinofagia							

(\*) Fecha de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Embarazada  SI  NO  1<sup>er</sup> Trimestre  2<sup>do</sup> Trimestre  3<sup>er</sup> Trimestre

Antecedente de viaje o residencia durante el embarazo en área con circulación:  SI  NO

País: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha de viaje: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tensión: MIN \_\_\_\_\_ MAX \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ /min. Prueba torniquete:  POS  NEG

Hto \_\_\_\_\_ % GB: \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup> Fórmula: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Pla.: \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup>

VSG: \_\_\_\_\_ mm Urea: \_\_\_\_\_ mg/dll ALT-GPT: \_\_\_\_\_ UI/L ALT-GOT: \_\_\_\_\_ UI/L FAL: \_\_\_\_\_ UI/L

**Diagnóstico sospechoso:**  Paludismo  Fiebre Amarilla  Leptospirosis  Dengue  FHA  Hantavirus  Flavivirus-SLE-WEN  
 Rubéola  Rickettsiosis  Chikungunya  Zika  COVID-19  Otros: \_\_\_\_\_

**3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Ocupación: \_\_\_\_\_ B° o Localidad de trabajo: \_\_\_\_\_  Urbano  Rural

¿Viajó los últimos 60 días?  SI  NO Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de retorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_

¿Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación?  SI  NO Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

¿Conoce casos similares?  SI  NO ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Tuvo antes Dengue?  SI  NO Año: 20\_\_

¿Tuvo antes COVID-19?  SI  NO

**ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN** (confirmar con carné): TV/DV\*  SI  NO Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Antiamarílica:  Si  No  Ign Última fecha de vacunación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fiebre Hemorrágica Argentina:  Si  No  Ign Última fecha de vacunación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Vacuna COVID-19:  Si  No Última fecha de vacunación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \* TV (Triple Viral) Sarampión, Rubéola, Paperas DV (Doble Viral) Sarampión, Rubéola

**4. EVOLUCIÓN DEL CASO**

Ambulatorio/a  Internado/a  Fallecido/a Fecha de hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha toma de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tipo de muestra:  Suero  LCR  Gota gruesa y frotis

Otros: \_\_\_\_\_

**5. FUENTE DE NOTIFICACIÓN**

Nombre y apellido de profesional notificante: \_\_\_\_\_

Establecimiento notificante: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Fecha de notificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma y sello del médico/a: \_\_\_\_\_