

VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO Y ZIKA
PARA 2° Y 3° MUESTRA

B2

1. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE

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

2. SOSPECHA CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___
Diagnóstico sospechoso: (colocar n° en orden) Paludismo Fiebre Amarilla Leptospirosis
 FHA Hantavirus Flavivirus SLE-WEN Rubéola Rickettsiosis Dengue
 Chikungunya Zika Otro: _____

3. PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS

Fecha extracción de muestra: ___/___/___ 2° muestra 3° muestra
Tipo de muestra: Suero LCR Gota gruesa y frotis Orina Otra _____
Embarazada: SI NO 1er Trimestre 2do Trimestre 3er Trimestre
 Ambulatorio/a Internado/a Fallecido/a

4. DATOS DE NOTIFICACIÓN

Nombre y apellido de profesional notificante: _____
Establecimiento notificante: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ e-mail: _____
Localidad: _____ Departamento: _____
Fecha de notificación: ___/___/___
Firma y sello de médico/a: _____