

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

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^{er} Trimestre 2^{do} Trimestre 3^{er} 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: _____ /mm³ Fórmula: ___/___/___/___/___/___ Pla.: _____ /mm³
 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

Vacuna de dengue: Si No Fecha de primera dosis: ___/___/___ Fecha de segunda dosis: ___/___/___

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: _____