



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
PROVINCIA DE CORRIENTES
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
CORDOBA 640 MSP. TEL/FAX: 0379 - 4475324



Gobierno Provincial

Ministerio de Salud Pública

Definición de caso: Persona de cualquier edad y sexo que presente fiebre, de menos de siete (7) días de duración, mialgias y cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.-

VIGILANCIA DE SINDROME FEBRIL
PLANILLA CLINICO-EPIDEMIOLOGICA



1. DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: M [] F [] D.N.I.: _____
Domicilio Actual: _____ Telefono: _____
Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad: _____
Urbano [] Rural [] Departamento: _____ Provincia: _____
Establecimiento que notifica: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____

2. INFORMACIÓN CLINICA

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____ ← Dato Importante para acciones de vigilancia
Fecha de Consulta: ____/____/____

	SI	NO	Ign.		SI	NO	Ign.		SI	NO	Ign.
Fiebre [..... 38° C]				Dolor abdominal				Edema Bipalpebral			
Cefalea				Inyección conjuntival				Hepatomegalia			
Mialgias				Tos				Esplenomegalia			
Artralgias				Disnea				Oligoanuria			
Dolor retro ocular				Taquipnea				Sind. Confusional			
Erupción				Prurito				Sind. Meningeo			
Náuseas				Ictericia				Sind. Hemorrágico*			
Vómitos				(*) Especificar (marcar con una cruz): petequias.....; púrpura.....; epistaxis.....; gingivorragia.....;							
Diarrea				hemoptisis.....; melena.....; vómitos negros.....; otros.....							

Tensión: MIN ____ MAX ____ Pulso: ____/min. Prueba del torniquete: POS [] NEG [] FR: MIN ____
Hto: ____ % GB: ____/mm3. Fórmula: ____/____/____/____/____ Plaq: ____/mm3. VSG: ____ mm.

3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbano [] Periurbano [] Rural [] Silvestre []
¿Viajó durante los últimos 45 días? SI [] NO [] Fecha: ____/____/____ Destino: _____
¿Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? SI [] NO [] Fecha: ____/____/____ Lugar: _____
¿Conoce casos similares? SI [] NO [] ¿Quién/es? _____

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)

Antiamarílica: SI [] NO [] Ign. [] Última fecha de vacunación: ____/____/____
Fiebre Hemorrágica Argentina: SI [] NO [] Ign. [] Última fecha de vacunación: ____/____/____

4. SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

(calificar por n° de orden) Paludismo [] Dengue [] Fiebre Amarilica [] Leptospirosis [] FHA [] Hantavirus []
Rickettsiosis [] Triquinosis [] Otros: _____
Tratamiento empírico indicado (tipo y dosis): _____

5. DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de la 1° Muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____
Fecha de la 2° Muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

6. EVOLUCIÓN DEL CASO (se llena al alta médica)

Paciente Hospitalizado: SI [] NO [] Ign. [] Fecha hospitalizado: ____/____/____
Condición del alta: _____ Fecha del alta: ____/____/____
Fecha de defunción: ____/____/____
Clasificación final: _____ Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del médico: _____