

SÍNDROME FEBRIL INESPECÍFICO (SFAI)
Ficha de notificación y solicitud de pruebas de laboratorio
2016



Definición de caso sospechoso: Todo paciente que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 45 días) fiebre aguda -de menos de siete (7) días de duración- mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

Fecha de Notificación: DIA [] MES [] AÑO [] DNI del paciente []

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: Apellido y nombre _____

Fecha de nacimiento [][]/[][]/[][] Edad: [] Sexo: F M Ocupación _____

Domicilio: Calle _____ N° [] Entre calles: _____
 Barrio: _____

Referencia de ubicación: _____ Ámbito Urbano Rural

Localidad: _____ Departamento: _____ Provincia: _____

Teléfono.: _____ Teléfono alternativo (familiar o contacto) _____

DATOS CLINICOS: Fecha de consulta: [][]/[][]/[][] Consultó previamente? SI NO Fecha [][]/[][]/[][]

Fecha de inicio de la fiebre: [][]/[][]/[][] Ambulatorio Internado Fecha de internación: [][]/[][]/[][]

Embarazada

ESPECIFIQUE SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS, SÍNTOMAS O PARÁMETROS DE LABORATORIO:

Signos y síntomas	Si	No	S/D		Si	No	S/D
Fiebre mayor a 38°C				Exantema			
Cefalea				Hepatomegalia			
Mialgias				E plenomegalia			
Artralgia				Oligoanuria			
Dolor retro ocular				Síndrome Hemorrágico*			
Dolor abdominal				Tos			
Nauseas				Taquipnea			
Vómitos				Síndrome Confusional			
Diarrea				Síndrome Meningeo			
Inyección conjuntival				Encefalitis			
Ictericia				RX de tórax**			

*Marcar con una x Petequias Purpura Epistaxis Gingivorragia Hemoptisis Melena Vómitos negros Otros

** Describir: _____

Hto:.....% GB:...../mm3. Fórmula:...../...../...../...../..... Plaq:...../mm3. VSG:.....mm

Urea:.....mg/dl Creatinina:mg/dl ALT-GPT :..... UI/L AST-GOT: UI/L FAL: UI/L

DATOS DE LA MUESTRA PARA ESTUDIO ETIOLÓGICO (A completar por el laboratorio notificador)

Fecha de TOMA PRIMERA MUESTRA: ____/____/____
 Fecha de TOMA SEGUNDA MUESTRA: ____/____/____

SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA / SOLICITUD DE ESTUDIOS PARA DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO:

(Calificar SOLO las patologías sospechadas y numerarlas según orden de sospecha siendo 1 la principal y los números subsiguientes)

Dengue		Fiebre Amarilla	
Leptospirosis		Fiebre Hemorrágica Argentina	
Hantavirus		Encefalitis de San Luis	
Chikungunya		Fiebre del Nilo Occidental	
Zika		Rickettsiosis	
Paludismo		Otros (especificar)	

DATOS EPIDEMIOLOGICOS¿Viajó durante los últimos 45 días? SI NO Fecha de viaje: ____/____/____ Destino: _____

Fecha de regreso: ____/____/____

Sitio probable de adquisición de la infección:

País	Provincia	Departamento	Localidad

¿Este caso es parte del monitoreo de un brote en curso? Si () No () ¿De qué localidad? _____

¿Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si () No () Fecha: ____/____/____ Lugar: _____

¿Estuvo en contacto con animales? Si () No () Especificar cuáles _____

¿Conoce casos similares? Si () No () Quién/es? _____

ANTECEDENTES:Tuvo dengue previamente SI NO Año _____Vacunación antiamarílica SI NO Fecha: ____/____/____Vacunación Fiebre Hemorrágica Argentina SI NO Fecha: ____/____/____Vacunación Leptospirosis SI NO Fecha: ____/____/____**EVOLUCION DEL CASO A LA FECHA**Condición de Egreso: Vivo Muerto

Fecha del alta: ____/____/____

Fecha de defunción: ____/____/____

Recibió tratamiento previo a la toma de muestra: Si () No () Ignora (). Cual:.....

ESTABLECIMIENTO Provincia:

Departamento: Localidad:

Teléfono/Fax:

DATOS DEL MÉDICO:

Apellido y nombre:.....

Tel. Celular:..... Correo electrónico:.....

Firma del médico: _____

Dirección de Epidemiología- Area Vigilancia 02954-418870.

Mail: vigilanciaepidemiologia@lapampa.gob.ar
