



### IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: ..... Provincia: ..... Departamento: .....

Fecha de notificación: ..... / ..... / ..... Apellido y nombre del notificador: .....

Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

### IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI o DE o IND: Nº \_\_\_\_\_. Apellido y Nombre: .....

Teléfono: ..... Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Embarazada: SI / NO

Lugar de residencia: Provincia..... Departamento: ..... Localidad: .....

Domicilio: Calle / Mza:..... Nº..... Piso..... Depto: ..... Cód. Postal:.....

### INFORMACIÓN CLÍNICA GENERAL

La fiebre tifoidea y paratifoidea son enfermedades bacterianas sistémicas. Comienzo insidioso, con manifestaciones inespecíficas, (fiebre prolongada, malestar general, anorexia, cefaleas, bradicardia relativa, tos seca, manchas rosadas en el tronco, diarrea o estreñimiento y dolor abdominal). El cuadro clínico puede variar desde una gastroenteritis leve, a un cuadro grave con importantes complicaciones (muchas de las complicaciones tienen lugar en la tercera o cuarta semana de la infección). El estado de portador puede seguir a la enfermedad aguda o leve o incluso a la infección subclínica.

### INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Inicio de síntomas (FIS): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- |   |  |                                  |                                      |
|---|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre (38 °C o más) continua de al menos tres días de evolución | <input type="checkbox"/> Compromiso del estado general | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Tos seca    |
| <input type="checkbox"/> Manchas rosadas en el tórax y abdomen                            | <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia          | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Cefalea     |
| <input type="checkbox"/> Alteración de la conciencia/confusión/psicosis                   | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal               | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Bradicardia |
| <input type="checkbox"/> Constipación   | <input type="checkbox"/> Anorexia                      |                                  |                                      |

### OTRAS PRESENTACIONES

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sepsis   | <input type="checkbox"/> Bacteriemias | <input type="checkbox"/> Síntomas neurológicos: mielitis, meningitis o signos como hiperreflexia, espasticidad, etc. |
| <input type="checkbox"/> Abdomen agudo: Hemorragia digestiva, perforación intestinal, colecistitis, apendicitis, etc. | <input type="checkbox"/> Hepatitis    | <input type="checkbox"/> Otras. Especificar:.....  |
| <input type="checkbox"/> Osteomielitis  | <input type="checkbox"/> Endocarditis | .....  |

### INTERNACIÓN y EVOLUCIÓN

Internado SI / NO Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fallecido SI / NO Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### TRATAMIENTO

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ampicilina     | <input type="checkbox"/> Trimetoprima-sulfametoxazol          | <input type="checkbox"/> Azitromicina             |
| <input type="checkbox"/> Ciprofloxacina | <input type="checkbox"/> Cefalosporinas de tercera generación | <input type="checkbox"/> Otro / Especificar:..... |

Tratamiento completo: SI / NO

### DATOS DE LABORATORIO

| Método de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Serología | <input type="checkbox"/> Hemocultivo | <input type="checkbox"/> Coprocultivo | <input type="checkbox"/> Orina | <input type="checkbox"/> Cultivo de médula ósea | <input type="checkbox"/> Otros cultivos: LCR, líquido peritoneal, líquido articular. |
|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---|--|
| Fecha de Toma         | 1° ____/____/____                  | 1° ____/____/____                    | 1° ____/____/____                     | 1° ____/____/____              | 1° ____/____/____                               | 1° ____/____/____  |
|                       | 2° ____/____/____                  | 2° ____/____/____                    | 2° ____/____/____                     | 2° ____/____/____              | 2° ____/____/____                               | 2° ____/____/____  |

OBSERVACIONES: .....

Envío de aislamiento al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): SI / NO

| Reacción de Widal  | Primera muestra (*) | Segunda muestra (*) | Seroconversión (*)          |                             |
|--|---------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Anticuerpos anti-Salmonella paratyphi A (Ag flagelar a) | 1. Valor:.....      | 1. Valor:.....      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Anticuerpos anti-Salmonella paratyphi B (Ag flagelar b) | 2. Valor:.....      | 2. Valor:.....      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Anticuerpos anti-Salmonella typhi H (Ag flagelar d)     | 3. Valor:.....      | 3. Valor:.....      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Anticuerpos anti-Salmonella typhi O (Ag somático D)     | 4. Valor:.....      | 4. Valor:.....      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Comentario:

Se recomienda la toma de muestra antes de iniciar el tratamiento antimicrobiano y la extracción de hemocultivos en estadios tempranos de la enfermedad; y de materia fecal u orina tras la primera semana del periodo agudo.

(\*) En el SNVS debe notificarse la seroconversión positiva/negativa. Los valores obtenidos de la reacción de Widal en la primera y segunda muestra no se informan en el SNVS.

Asimismo, las muestras de alimentos o agua que se analicen asociadas a brotes o casos deberán ser notificadas en la sección de laboratorio del caso al que esté asociado junto con sus resultados.

### ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

| Antecedente de consumo (1 a 10 días previos FIS) de:  | Otros antecedentes:  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Realizar Encuesta Alimentaria<br>Indagar a través de una encuesta alimentaria respecto de:<br>-Consumo de alimentos, jugos, helados, otros en puestos de calle/vendedor ambulante/feria/locales de comida, domicilio.<br>-Consumo de frutas y vegetales crudos mal lavados o lavados con aguas no seguras, carnes cruda o insuficientemente cocida (pescado, sushi, salmón ahumado, carne vacuna, pollo), leche no pasteurizada o derivados lácteos artesanales.<br>-Averiguar antecedente de Ingesta de agua de red, agua envasada, agua de pozo. | <input type="checkbox"/> Contacto con aguas recreacionales: laguna, río, piletas, etc.<br><input type="checkbox"/> Estuvo en contacto con algún caso sospechoso<br><input type="checkbox"/> Estuvo en contacto con algún caso confirmado o portador<br><input type="checkbox"/> Estuvo en contacto con animales o trabaja con animales |
| <input type="checkbox"/> Notificar a las áreas que correspondan (bromatología, inspección general, local/municipal/provincial, saneamiento ambiental, calidad de aguas, autoridades sanitarias que corresponda).  | <b>Ocupación:</b><br><input type="checkbox"/> ¿Trabaja con personas enfermas o en una institución (geriátrico/cárcel)?<br><input type="checkbox"/> ¿Trabaja en guarderías infantiles y/o escuelas?<br><input type="checkbox"/> ¿Trabaja elaborando y/o distribuyendo alimentos?<br>Especificar Lugar: .....<br>.....                   |

|   |   |
|---|---|
| Antecedente de viaje o traslado a otro lugar diferente del lugar de residencia. | País: ..... Provincia: ..... Localidad: ..... |
|   | Fecha Inicio: ..... Fecha Fin: .....          |

### DEFINICIÓN DE CASO

- Caso sospechoso:** Toda persona que presente fiebre alta (>38°) continua de al menos tres días de evolución, con compromiso del estado general -puede estar acompañada por diarrea, dolor abdominal, períodos de constipación- sin otro foco aparente y sin otra etiología definida.
- Caso probable:** Caso probable: Todo caso sospechoso y: contacto con un caso confirmado, o expuesto a una fuente común, resida o haya viajado a un lugar en el que estén sucediendo casos de fiebre tifoidea o paratifoidea, seroconversión con 4 títulos superiores en la segunda muestra pareada Reacción de Widal.
- Caso confirmado:** Todo caso sospechoso o probable con: Hemocultivos y/o urocultivo POSITIVO para *Salmonella* Typhi (*S. Typhi*) o Paratyphi (*S. Paratyphi*). Coprocultivo positivo para *S. Typhi* o Paratyphi. Todo caso probable con nexa con un caso confirmado de fiebre tifoidea o paratifoidea con hemocultivo o coprocultivo con aislamiento de *Salmonella spp.*

**Nota: La portación asintomática no debe ser notificada como caso.**

En caso de detectar un brote o conglomerado de casos informar:

Caso asociado a brote/conglomerado      Nombre- Lugar(Loc,Prov.)-:.....

**OBSERVACIONES:** .....

.....

Nombre y apellido del notificador

Firma