

# FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE SÍNDROME FEBRILES

Ministerio de Salud

Santa Fe  
Provincia

Consiguar si corresponde a un caso bajo protocolo de estudio: Si  NO

## 1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  DNI: \_\_\_\_\_  
Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino: \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Urbano  Rural  Provincia \_\_\_\_\_

## 2. DATOS CLINICOS y EPIDEMIOLOGICOS

Fecha de la consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Efector de atención ambulatoria: \_\_\_\_\_  
Fecha de internación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Efector de internación: \_\_\_\_\_  
Fallecido: No  SI  Fecha defunción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Contacto: No  SI  Nombre contacto: \_\_\_\_\_  
Embarazada: NO  SI  Semana de gestación: \_\_\_\_\_  
Comorbilidades: \_\_\_\_\_

### DATOS CLÍNICOS

Fecha inicio de la fiebre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fiebre  Cefalea intensa  Dolor retroocular  Mialgias  Artralgias   
Rash/erupción  Petequias  Hemorragia gastrointestinal  Otros signos hemorrágicos   
Náuseas- vómitos  Diarrea  Dolor abdominal/abdomen agudo  Hepatomegalia   
Adenopatías  Shock  Tos/disnea/ otros síntomas respiratorios  Asintomáticos

### DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: Urbano  Periurb  Rural  Silvestre   
Antecedente de viaje reciente últimos 15 días a área con transmisión de dengue, fiebre amarilla o paludismo?  
No  SI  Localidad/Provincia \_\_\_\_\_  
Antecedente de contacto con animales: ratas/lauchas  perros  vacas/cerdos/caballos/ovejas  ninguno   
Antecedente de contacto con agua de: cloacas/servidas  arroyos/lagunas/río  inundación/anegamiento   
Tuvo dengue antes? No  SI  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Serotipo: \_\_\_\_\_ Ignora

### ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)

Antiamarílica: Si  No  Ignora  Última fecha de vacunación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fiebre Hemorrágica Argentina: Si  No  Ignora  Última fecha de vacunación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 3. SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

Paludismo  Dengue  Fiebre Amarilla  Leptospirosis  FHA  Hantavirus  Otros: \_\_\_\_\_

## 4. DATOS DE LABORATORIO

Ha sido transfundido? Si  No   
Hematocrito: \_\_\_\_\_ Recuento Blancos: \_\_\_\_\_ Neutrófilos \_\_\_\_\_% Recuento Plaquetas: \_\_\_\_\_ VES: \_\_\_\_\_  
Uremia \_\_\_\_\_g/l Creatinina \_\_\_\_\_mg/l Bilirrubina directa \_\_\_\_\_g/ml TGP \_\_\_\_\_UI/L TGO \_\_\_\_\_UI/L FA \_\_\_\_\_UI/L  
Recibió antibióticos? No  Si  Cuál? \_\_\_\_\_  
Fecha de la 1ª muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_  
Fecha de la 2ª muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_

## 5. IMÁGENES

Rayos X: No  Si  Descripción: \_\_\_\_\_

Ecografía: No  Si  Descripción: \_\_\_\_\_

## 6. DATOS DEL INFORMANTE

Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificante: \_\_\_\_\_ Fecha de Notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE PLASMA INMUNE (PLASMA DE CONV ALECIENTE DE FHA)

Quien suscribe, Dr/a....., matrícula nº ....., médico de cabecera del paciente .....que se encuentra internado en ..... solicita plasma de convalecencia de FHA, de grupo sanguíneo ..... RH.....

A fin de determinar la dosis adecuada informo que dicho paciente pesa .....kg.

Se adjunta la ficha de notificación individual correspondiente y una muestra de sangre para serología extraída dentro de las últimas 24hs.

Lugar: ..... Fecha / / : Firma del Médico/a: .....