

**VIGILANCIA DE SINDROME FEBRIL  
PLANILLA CLINICO - EPIDEMIOLOGICA**

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

**1. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y nombres: .....  
 Fecha de nacimiento ..... / ..... / ..... Edad: ..... Sexo: M ( ) F ( ) DNI: .....  
 Domicilio actual: ..... Tel. propio o vecino: .....  
 Referencia de ubicación domicilio: ..... Localidad .....  
 Urbano ( ) Rural ( ) Departamento ..... Provincia .....  
 Establecimiento que notifica: ..... Fecha de notificación: ..... / ..... / .....

**2. INFORMACIÓN CLÍNICA**

Fecha de inicio de la fiebre: ..... / ..... / ..... Fecha de la 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. meníngeo			
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: ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Plaquetas: ..... /mm3 VSG: ..... mm

**3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

Ocupación de riesgo: ..... Lugar de trabajo: Urbana ( ) Periurb ( ) 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 VACUNACION** (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 Amarilla ( ) Leptospirosis ( ) FHA ( ) Hantavirus ( )  
 Rickettsiosis ( ) Triquinosis ( ) Otros .....

**Tratamiento empírico indicado** (tipo y dosis).....

**5. DATOS DE LABORATORIO**

Fecha de la 1a. muestra ..... / ..... / ..... Resultado: ..... Método: .....

Fecha de la 2a. muestra ..... / ..... / ..... Resultado: ..... Método: .....

**6. EVOLUCION DEL CASO (Se llena al alta médica)**

Paciente Hospitalizado: SI ( ) No ( ) Ign ( )

Fecha hospitalización: ..... / ..... / .....

Condición del alta:.....

Fecha del alta: ..... / ..... / .....

Fecha de defunción: ..... / ..... / .....

Clasificación final: .....

Fecha: ..... / ..... / .....