



Consignar 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: _____

DATOS CLINICOS

Fecha de 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 2º 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 pacienteque 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 pesakg.

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: