

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: _____
 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
 Con signos de alarma Sin signos de alarma

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
ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)
 Antiamarílica: NO SI IGNORA Última fecha de vacunación ____/____/____
 Fiebre Hemorrágica Argentina: NO SI IGNORA Última fecha de vacunación ____/____/____
 Vacuna contra el Dengue: NO SI 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 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: