Ficha de Notificación de Síndrome Febril

GOBIERNO DE SANTA FE - MINISTERIO DE SALUD

SF

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido ____ Nombres ____

Fecha de Nacimiento ____ Edad ____ D M A Sexo: M ☐ F ☐ Tipo y Nº Doc ____

Domicilio actual y Referencia de Ubicación

Provincia ____ Localidad ____

Departamento / Partido ____ Urbano ☐ Rural ☐

Calle ____ Número ____ Bis ☐ Intersec. ____

Teléfono propio o vecino ____ Otros ____

2. DATOS CLINICOS Y EPIDEMIOLOGICOS

CONDICION

Ambulatorio ☐ Fecha de Consulta ____ Efector de Atención ____

Internado ☐ Fecha de Internación ____ Efector de Internación ____

Ha fallecido? Si ☐ No ☐ Fecha de Fallecimiento ____

DATOS CLÍNICOS (TILDE LOS SINT OMAS ENCONTRADOS)

- ☐ Fiebre: F. de Inicio ____
- ☐ Cefalea intensa
- ☐ Dolor retroocular
- ☐ Mialgias
- ☐ Artralgias
- ☐ Rash / Erupción
- ☐ Petequias
- ☐ Hemorragia gastrointestinal
- ☐ Otros signos hemorrágicos
- ☐ Náuseas / Vómitos
- ☐ Diarrea
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Adenopatías
- ☐ Shock

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación ____ Lugar de Trabajo: Urbano ☐ Periurbano ☐ Rural ☐ Silvestre ☐

Antecedente de viaje reciente (últimos 15 días) a áreas con transmisión de dengue, fiebre amarilla o paludismo? Si ☐ No ☐ Localidad / Provincia / País ____

Tuvo antes dengue? Si ☐ No ☐ NS ☐ En caso afirmativo: Fecha ____ Serotipo ____

Vacunación Antiamarílica Si ☐ No ☐ NS ☐ Última Fecha de Vacunación ____

Vacunación FHA Si ☐ No ☐ NS ☐ Última Fecha de Vacunación ____ Tratamiento específico Si ☐ No ☐

3. SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA (TILDE LAS ENFERMEDADES SOSPECHADAS)

- ☐ Paludismo
- ☐ Dengue
- ☐ Fiebre Amarilla
- ☐ Leptospirosis
- ☐ FHA
- ☐ Hantavirus

Otros ____

4. DATOS DE LABORATORIO

Ha sido transfundido? Si ☐ No ☐ NS ☐ COLOCAR VALORES: Hematocrito ____ Rcto. de Blancos ____

Rcto. de Plaquetas ____ VES ____

Corresponde toma de muestra? Si ☐ No ☐

Fecha 1º Muestra ____ Resultado ____ Método ____

Fecha 2º Muestra ____ Resultado ____ Método ____

5. IDENTIFICACION DEL INFORMANTE

Estab. Informante ____ F. Notificación ____

Localidad ____ Departamento ____

Apellido y Nombres del Profesional ____

Teléfono ____ Fax ____ E-mail ____

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

El que suscribe, Dr _____, matrícula nº _____, médico de cabecera del paciente _____ _____ que se encuentra internado en _____ solicita plasma de convaleciente 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 24 hs

Lugar: _____ Fecha: _____ Firma del Médico: _____