

**CHAGAS AGUDO VERTICAL Y
OTRAS VÍAS**

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso**Sospechoso Chagas agudo vectorial:** Persona de cualquier edad que presente síndrome febril prolongado, pudiendo estar acompañado por síntomas específicos (chagoma de inoculación aproximadamente en el 5% de los casos), y/o inespecíficos (hepato- esplenomegalia, adenopatías, malestar general) y que sea residente o que haya estado en zona endémica los últimos 12 meses.**Sospechoso Chagas por otras vías (no vectoriales):** Toda persona de cualquier edad que presente síndrome febril prolongado, pudiendo estar acompañado por síntomas inespecíficos (hepato- esplenomegalia, adenopatías, malestar general), con antecedentes de contacto con sangre (trasfusión, accidente laboral, drogadicción IV) u otros materiales biológicos en los últimos 12 meses.**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: _____ H.C: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo consignado en el DNI: M F X DNI: _____Se declara pueblo indígena Si No Etnia: _____

Teléfono: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

En caso que el paciente sea un menor, o este incapacitado para responder, se deberá consignar quien brinda la información:

Madre: Padre: Otros: _____**DATOS CLÍNICOS**

Fecha de inicio de síntoma: ____/____/____ Fecha de consulta: ____/____/____ Fecha de internación: ____/____/____

Adenomegalia Si No Cardiomegalia Si No Edemas Si No Anemia Si No Chagoma de inoculación Si No Fiebre Si No Anorexia Si No Chagoma hematógeno Si No Hepatoesplenomegalia Si No Arritmia Si No Disnea Si No Inflamación de meninges Si No **Estudios complementarios**Se realiza ECG Si No **Alteraciones halladas:** Trastornos del ritmo Si No Trastornos de conducción Si No Se realiza RX tórax Si No **Alteraciones halladas:** Cardiomegalia Si No Se realiza ecocardiograma Si No

Fracción de eyección _____%

Alteraciones halladas: Dilatación cavidades Si No Aneurisma Si No **DATOS DE LABORATORIO**

Tipo de muestra	Momento ideal de toma	Fecha de toma
Suero (HAI, ELISA, IFI)	Ante sospecha de cualquier caso	

Benznidazol Nifurtimox

Fecha de inicio ____/____/____

Fecha de finalización ____/____/____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés.

Chagas vectorial

Residir o haber visitado zona endémica durante los últimos 12 meses Si No

¿Su vivienda ha sido evaluada y/o rociada por personal sanitario? Si No

Chagas por otras vías

Recepción de transfusiones Si No Fecha: ____/____/____

Recepción de trasplantes Si No Fecha: ____/____/____

Accidente laboral con material biológico Si No Fecha: ____/____/____

Drogadicción IV Si No

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

- ⑩ Solicitar la medicación al Departamento de Salud Ambiental al teléfono 0299-4476384
- ⑩ Dar conocimiento de los casos al Departamento de Salud Ambiental/ Vectoriales, para evaluación y eventual tratamiento químico de las viviendas y peri- domicilios infectados.
- ⑩ Investigar posibles familiares o convivientes expuestos a similar riesgo, a través del alerta del equipo local o zonal.
- ⑩ Recordar que se deben estudiar todos los hijos nacidos de una madre serológicamente reactiva.

CLASIFICACIÓN

Chagas agudo vectorial

Chagas agudo post- transfusión

Chagas agudo post- trasplante

Chagas agudo otra vía

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e- mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ____/____/ 20____

firma y sello del notificador