

**PALUDISMO**

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

**Definición de caso****Sospechoso:**

Toda persona que presente fiebre (>de 38°C) o historia de fiebre sin etiología definida y que refiera al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos: haber viajado a una zona con transmisión activa de paludismo en el último año, en especial los últimos 15 días; antecedente personal de haber padecido la enfermedad en los últimos 5 años. Persona que presente anemia, hepatomegalia y/o esplenomegalia de causa desconocida ( con o sin referencia de fiebre) y antecedentes de viaje a zona con transmisión de paludismo.

**Confirmado:**

Toda persona con detección de parásitos palúdicos por microscopia en gota gruesa, o PCR, o prueba rápida positiva.

**Descartado:**

Caso sospechoso en el cual no se detectaron parásitos palúdicos por microscopia en frotis de sangre o en gota gruesa, o PCR negativa. Para descartar el caso deben efectuarse al menos 2 gotas gruesas y frotis diarios, tomados con un lapso mínimo de 8 hs a 12 hs entre ambos, durante 3 días.

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ H.C: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: M  F  DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono Propio o vecino: \_\_\_\_\_

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 los síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Leve**

- Fiebre  
 Cefalea  
 Mialgias  
 Artralgias  
 Sudoración  
 Epigrastralgia  
 Esplenomegalia

**Grave**

- Alteración de la conciencia  
 Convulsiones  
 Falla renal  
 Ictericia  
 Hemorragias  
 Síndrome respiratorio de adultos  
 Trombocitopenia

Internado: Si  No 

Fecha de internación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sala común  UTI **DATOS LABORATORIO**

Glucemia: \_\_\_\_\_

Estado Ácido base: \_\_\_\_\_

Hematocrito: \_\_\_\_\_

Hemoglobina: \_\_\_\_\_

Alimento sospechoso: \_\_\_\_\_

Material de herida: \_\_\_\_\_

Coagulograma: \_\_\_\_\_

Ante Glóbulos rojos: \_\_\_\_\_

Leucocitos: \_\_\_\_\_

Creatinemia: \_\_\_\_\_

Proteinograma: \_\_\_\_\_

Bilirrubina: \_\_\_\_\_

GOT: \_\_\_\_\_

GPT: \_\_\_\_\_

FAL: \_\_\_\_\_

## DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ha viajado a zonas endémicas en los 15 días previos al inicio del síntoma? Si  No

Fecha de viaje: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar destino: \_\_\_\_\_

Acompañantes: Si  No

Quién? \_\_\_\_\_

Otras personas con síntomas similares? Si  No

Quién? \_\_\_\_\_

Recibió quimioprofilaxis antes del viaje a zona endémica? Si  No

Drogas, dosis, tiempo \_\_\_\_\_

## ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Tratamiento al caso: Droga: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Nº contactos/ expuestos: \_\_\_\_\_

Quimioprofilaxis a contactos /expuestos: Si  No

Drogas: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e- mail: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma y sello del médico