

**SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO**

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

**Definición de caso**

**Caso Sospechoso:** Toda persona que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 45 días) fiebre aguda- de menos de siete (7) días de duración - mialgias o cefaleas , sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: M  F  Indeterminado Sexo legal: M  F  No binario  Género: Mujer CIS  Varón CIS  Mujer Trans  Varón Trans  Desconocido 

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

Teléfono Propio o vecino: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

¿ Se declara pueblo indígena? SI  Etnia: \_\_\_\_\_**DATOS CLÍNICOS**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de inicio de fiebre: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ambulatorio  Internado (\*)  Persona gestante 

Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Establecimiento de 1° consulta: \_\_\_\_\_

¿Consultó previamente? SI  NO  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**TRATAMIENTO**Hidratación parenteral SI  NO ¿Recibió otro tratamiento previo a la toma de muestra? SI  NO  NO SABE  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

(\*) Completar datos de internación en la sección correspondiente

SÍNTOMAS					
Fiebre mayor a 38°	<input type="checkbox"/>	Exantema *	<input type="checkbox"/>	Encefalitis	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	Prurito	<input type="checkbox"/>	Síndrome meníngeo	<input type="checkbox"/>
Mialgias	<input type="checkbox"/>	Púrpura	<input type="checkbox"/>	Síndrome confusional	<input type="checkbox"/>
Artralgia	<input type="checkbox"/>	Petequias	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Dolor retroocular	<input type="checkbox"/>	Epistaxis	<input type="checkbox"/>	Letargo/irritabilidad	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Gingivorragia	<input type="checkbox"/>	Aumento progresivo del hematocrito	<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>	Hemoptisis	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal intenso y continuo	<input type="checkbox"/>
Nauseas o vómitos	<input type="checkbox"/>	Hematemesis	<input type="checkbox"/>	Vómitos persistentes	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	Melena	<input type="checkbox"/>	Derrame seroso	<input type="checkbox"/>
Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/>	Leucopenia	<input type="checkbox"/>	Malestar general	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	Distress respiratorio	<input type="checkbox"/>	Metrorragia	<input type="checkbox"/>

RX de tórax (describir): \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\* Los casos con fiebre y exantema sin otra etiología definida constituyen casos de enfermedad febril exantemática y deben ser estudiados para sarampión/ rubéola

## ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PREVIAS- COMORBILIDADES

Sin comorbilidades	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Inmunocomprometido no VIH	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiológica	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica crónica	<input type="checkbox"/>
Infección VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	Enfermedad oncológica	<input type="checkbox"/>
Enfermedad oncohematológica	<input type="checkbox"/>	Hemoglobinopatía	<input type="checkbox"/>	Enfermedad reumatológica	<input type="checkbox"/>
Hepatopatía crónica	<input type="checkbox"/>	Abuso de drogas	<input type="checkbox"/>	Otra enfermedad metabólica	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Enfermedad endocrinológica	<input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratoria crónica	<input type="checkbox"/>
Otra: _____					

## DATOS DE LABORATORIO

Hto \_\_\_\_\_ %    GB: \_\_\_\_\_ / MM3    Fórmula: N \_\_\_\_\_ / L \_\_\_\_\_ / M \_\_\_\_\_ / B \_\_\_\_\_ / E \_\_\_\_\_ /    Plaq \_\_\_\_\_ / mm3    VSG \_\_\_\_\_ mm

Urea \_\_\_\_\_ mg/dl    Creatinina \_\_\_\_\_ mg/dl    ALT- GPT \_\_\_\_\_ UI/L    AST- GOT \_\_\_\_\_ UI/L    FAL \_\_\_\_\_ UI/L

## DATOS DE INTERNACIÓN

Establecimiento internación \_\_\_\_\_    Fecha de internación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Terapia intensiva SI  NO     Requerimiento de ARM SI  NO     Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de internación UTI \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico/a tratante internación \_\_\_\_\_    Teléfono del médico/tratante \_\_\_\_\_

Fallecido SI  NO     Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## MUESTRAS PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Establecimiento de toma de muestra \_\_\_\_\_

Fecha de toma de la primera muestra \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Fecha de toma de la segunda muestra \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Muestra:    Suero     Tejidos     Sangre entera     Plasma     Suero pareado     LCR     Orina     Coágulo

Otra \_\_\_\_\_

## SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA/ SOLICITUD DE ESTUDIOS PARA DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Dengue*	<input type="checkbox"/>	*Dengue SIN signos de alarma (DSSA)	<input type="checkbox"/>	Dengue CON signos de alarma (DCSA)	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del virus Zika	<input type="checkbox"/>	Fiebre amarilla	<input type="checkbox"/>	Hantavirus	<input type="checkbox"/>
Chikungunya	<input type="checkbox"/>	Fiebre de San Luis	<input type="checkbox"/>	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)	<input type="checkbox"/>
Encefalitis Equina del Oeste	<input type="checkbox"/>	Fiebre del Nilo Occidental	<input type="checkbox"/>	Paludismo	<input type="checkbox"/>
Dengue grave	<input type="checkbox"/>	Leptospirosis	<input type="checkbox"/>	Rickettsiosis	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>				

Especificar \_\_\_\_\_

\*Consignar en la solapa clínica del SNVS, en la sección Diagnóstico referido o constatado (Estadio clínico, la clasificación del dengue).

## DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

### FACTORES DE RIESGO / VÍAS MÁS PROBABLES DE TRANSMISIÓN

¿Viaje durante los últimos 45 días? Si  No  Fecha de viaje: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Destino/s: \_\_\_\_\_ Fecha de regreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

El caso es considerado AUTÓCTONO  EN INVESTIGACIÓN  IMPORTADO  (en ese caso consignar a continuación el sitio probable)

País	Provincia	Departamento	Localidad

¿Este caso es parte del monitoreo de un brote en curso? Si  No  ¿De que localidad? \_\_\_\_\_

¿Estuvo ( vive , trabaja , actividad recreativa  )? en el campo, monte, lugar de recreación? Si  No

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

¿Estuvo en contacto con animales? Si  No  Especificar cuáles \_\_\_\_\_

¿Conoces casos similares? Si  No  ¿Quién/es? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES

¿Tuvo dengue previamente? Si  No  Año: \_\_\_\_\_

Vacunación Dengue  Nro de dosis \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vacunación Fiebre Amarilla  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vacunación Fiebre Hemorrágica Argentina  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vacunación Leptospirosis  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

AUTÓCTONO1: Cuando el sitio de adquisición es igual al lugar de residencia; IMPORTADO: cuando el sitio de adquisición es distinto al lugar de residencia ( en ese caso hay que consignar país, provincia, departamento y localidad de adquisición) o EN INVESTIGACIÓN, cuando todavía se desconoce.

## DATOS DEL NOTIFICADOR

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

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

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

Localidad: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
firma y sello del notificador