

**DENGUE**

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

**Definición de caso sospechoso de Dengue:**

Toda persona que resida o haya viajado en los últimos 14 días a un área con circulación viral de dengue o presencia del vector y  
A. Presente fiebre, de menos de siete (7) días de duración, sin síntomas de vías aéreas superiores (síndrome febril agudo inespecífico-SFAI) y

B. Presente dos o más de los siguientes signos y síntomas (sin etiología definida):

- Náuseas/vómitos
- Exantema (erupciones cutáneas),
- Mialgias, Artralgias
- Cefalea/Dolor retro ocular,
- Petequias/Prueba del torniquete positiva,
- Leucopenia,
- Anorexia, Malestar general, Diarrea, Plaquetopenia,
- Cualquier signo de alarma,
- Cualquier criterio de gravedad

**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: \_\_\_\_\_

**DATOS CLÍNICOS**

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

Ambulatorio  Internado (\*)  Persona gestante

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

¿Consultó previamente? SI  NO  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TRATAMIENTO**

Hidratación parenteral SI  NO

Hidratación no 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"/>	Hematesis	<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

## DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

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

¿Viaje durante los últimos 14 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

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

### ANTECEDENTES

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

Vacunación Dengue  Nro de dosis \_\_\_\_\_ 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.

## ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PREVIAS- COMORBILIDADES

Sin comorbilidades  Diabetes  Obesidad  Hipertensión arterial

Enfermedad cardíaca  Enfermedad neurológica crónica  Enfermedad respiratoria crónica

Infección VIH/SIDA  Inmunocomprometido no VIH  Enfermedad oncológica  Enfermedad endocrinológica

Enfermedad oncohematológica  Alcoholismo  Abuso de drogas  Hemoglobinopatía

Hepatología crónica  Enfermedad reumatológica  Otra enfermedad metabólica  Otra: \_\_\_\_\_

## DATOS DE INTERNACIÓN

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

Terapia intensiva SI  NO  Requerimiento de ARM SI  NO

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

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  Otra \_\_\_\_\_

## DATOS DEL NOTIFICADOR

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

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

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

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

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

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