

**Definición de Caso sospechoso:** Todo paciente que presente o haya presentado fiebre y alguno de los siguientes antecedentes epidemiológicos: contacto con caso confirmado de EVE en los 21 días anteriores a la aparición de síntomas, antecedente de viaje regiones con transmisión activa de virus del Ebola durante los 21 días previos a la aparición de síntomas, o contacto directo con estas personas o muestras de laboratorio recolectadas de casos sospechosos de EVE durante los 21 días previos a la aparición de los síntomas.

#### 1. DATOS GENERALES

**FECHA/NOTIFICACIÓN.** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **DEPTO.** \_\_\_\_ **MUNICIPIO:** \_\_\_\_ **RED DE SALUD** \_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD:** \_\_\_\_ **COMUNIDAD/LOCALIDAD:** \_\_\_\_

Público ☐ Seguridad Social ☐ Privado ☐ Otro ☐

Caso captado en: Búsqueda activa Si ☐ No ☐ Especificar \_\_\_\_

Teléfono: Fijo/Móvil

#### 2. DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_

Teléfono: Fijo/Móvil

Si el paciente es menor de edad, registrar nombres de los padres o apoderados:

EDAD: \_\_\_\_ SEXO: Masculino ☐ Femenino ☐ Ocupación: \_\_\_\_

Residencia actual del Paciente

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO

COMUNIDAD

BARRIO/ZONA/ESTANCIA

Dirección: \_\_\_\_

Zona / Barrio / Localidad / Calle / Número de vivienda

Teléfono u otra Referencia

#### 3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Caso aislado ☐ Contacto estrecho ☐ Casual ☐ Potencial ☐

Personal de salud ☐ Miembro de ONG de ayuda humanitaria / Religiosa ☐

Miembro de fuerza de seguridad ☐ Otro ☐ Especificar.- \_\_\_\_

##### Antecedentes de vacunación

Anti Fiebre Amarilla SI ☐ NO ☐ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Otras: (especifique).- \_\_\_\_

##### LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN ANTECEDENTES DE VIAJE E ITINERARIO (QUE LUGAR VISITÓ ENTRE LOS ÚLTIMOS 21 DÍAS):

En el Extranjero SI ☐ NO ☐ En Bolivia SI ☐ NO ☐

Ingresó por vía: Aérea ☐ Terrestre ☐ Fluvial ☐ Especifique.- \_\_\_\_

	Páís	Desde	Hasta	Provincia	Departamento	Desde	Hasta
1		/ /	/ /			/ /	/ /
2		/ /	/ /			/ /	/ /
3		/ /	/ /			/ /	/ /
4		/ /	/ /			/ /	/ /

##### Residencia del Paciente

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO

COMUNIDAD

BARRIO/ZONA/ESTANCIA

**CROQUIS**

#### 4. DATOS CLÍNICOS:

FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS **DÍA** \_\_\_\_ **MESES** \_\_\_\_ **AÑO** \_\_\_\_ **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA Nº** \_\_\_\_

##### FECHA DE CONSULTA

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

##### FECHA DE INTERNACIÓN

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fiebre (.....38°C)

Cefalea

Milagia

Odinofagia

Diarrea

Falla multiorgánica

Dolor abdominal intenso

Insuficiencia respiratoria

Vómitos

Petequias

Hemorragia

Alteración del estado de consciencia

Confusión

Hipotensión

Shock hipovolémico

Transaminasas Altas

Trombocitopenia

Leucopenia

Proteinuria

Otros

Especifique: \_\_\_\_

Ambulatorio

Fallecido

Fecha de defunción \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### 5. MUESTRAS DE LABORATORIO

Tipo de muestra

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Nº de Registro

Notificado al SNIS-VE SI ☐ NO ☐

Fecha de notificación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Fue estudiado para otras patologías vinculadas al Síndrome febril agudo indeterminado?

SI ☐ NO ☐

LEPTOSPIROSIS ☐

HANTAVIRUS ☐

DENGUE ☐

MALARIA ☐

FIEBRE AMARILLA ☐

FIEBRE HEMORRÁGICA BOLIVIANA ☐

Otras Arbovirosis ☐

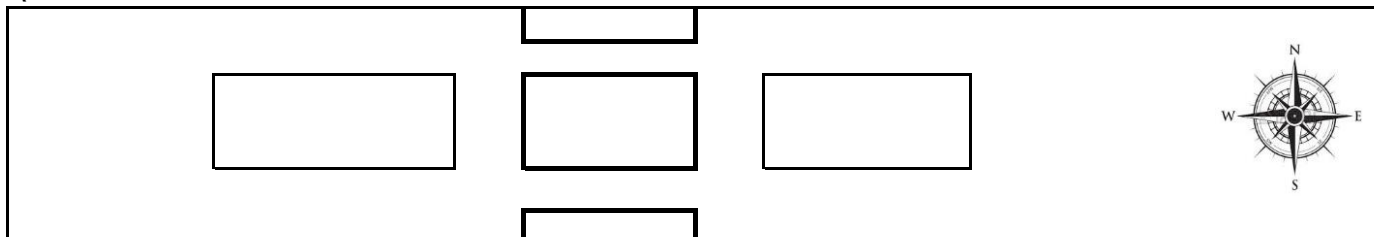
Especificar.- \_\_\_\_

6. **TRATAMIENTO ESPECIFICO** SI ☐ NO ☐

ESPECIFICAR TRATAMIENTO	DESDE	HASTA

7. **CROQUIS DE DOMICILIO**

CROQUIS DE LA VIVIENDA O ALGUNA REFERENCIA DE LA VIVIENDA :



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE, TUTOR O FAMILIAR A CARGO, ETC.**

Se me explicó que mi condición de salud se corresponde con el diagnóstico probable de \_\_\_\_\_; y se me sugirió que la extracción de sangre, punción lumbar, orina, .....es el procedimiento más adecuado para diagnosticar este problema.

También se me informó en qué consiste la toma de la muestra, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente.

Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Se me explicó que el diagnóstico puede tener implicancias para la salud pública y que la información obtenida del mismo puede ser utilizada para acciones de prevención y control de enfermedades en la población. Así mismo y por este mismo motivo, de no llegarse a un diagnóstico luego de estudiarse para la principal sospecha clínica, podrá utilizarse la muestra para continuar los estudios con el fin de arribar al diagnóstico.

Por eso yo:

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ C.I. : \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para la toma de la muestra y la realización de pruebas diagnósticas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No acepto que se me realice de la toma de la muestra y la realización de pruebas diagnósticas \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

**Firma y aclaración de firma**

Firma y aclaración del representante legal (en caso de menor de edad o incapacidad) -

Firma y sello del/los profesionales intervinientes

**Datos del personal Notificante:**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO del RESPONSABLE