

Definición de caso: Caso sospechoso – 1) Paciente con cuadro febril agudo (durante 7 días), residente o que estuvo en área con transmisión viral en los últimos 15 días, sin el antecedente de haber sido vacunado.
Un área de transmisión viral se define como un área donde hubo ocurrencia y presencia del virus de la fiebre amarilla en caso s humanos y epizootías (presencia de monos enfermos o muertos) y se realizó aislamiento viral en mosquitos

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Diagnóstico inicial: ☐ 1=Fiebre amarilla 99=Desconocido

Establecimiento de salud que notifica: _____

País: _____

Teléfono del establecimiento que notifica: _____

Departamento _____

Notificado por: _____ No. Celular _____

Municipio: _____

Fecha de Consulta: ____/____/____
Día Mes Año

Fecha de Notificación Local: ____/____/____
Día Mes Año

Red de Servicios: _____

Fecha de Visita Domiciliaria: ____/____/____
Día Mes Año

Fecha de Notificación Nacional: ____/____/____
Día Mes Año

Localidad/Barrio/Ciudad: _____

Detectado por: ☐

1=Consulta 2=Laboratorio 3=Búsqueda institucional 4=Búsqueda de casos en la comunidad 5=Investigación de contactos 6=Casos reportados en la comunidad 88=Otros 99=Desconocido

Tipo de Sector de Institución que notifica: ☐ 1=Público 2=Privado 88=Otro, Especifique _____

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del Paciente: _____

Nombre de la madre, o pariente responsable: _____

Sexo del paciente: ☐ 1=Masculino 2=Femenino

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: ____ Años ____ Meses

Dirección actual : _____ Ocupación del Paciente: _____ Teléfono: _____

Dónde estuvo hace 15 días antes de enfermar : _____

Tipo de localidad: ☐ 1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural

Departamento _____ Municipio _____ Comunidad: _____

Referencia, croquis, para localizar el domicilio: _____

Comentario: _____

III HISTORIA VACUNAL

¿Ha sido vacunado contra la fiebre amarilla?	Número de dosis*	Fecha de vacunación	Establecimiento o lugar dónde fue vacunado	Verificación de la vacunación **
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	_____	_____

(*) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 99=Desconocido

(**) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE

Fecha de inicio de la enfermedad (fiebre)

/

/

Día

Mes

Año

Hospitalización:

Si

☐

No

☐

Fecha

/

/

Día

Mes

Año

Signos / Síntomas

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Fiebre

☐

☐

Nauseas

☐

☐

Melena

☐

☐

Hemorragia

☐

☐

Vómitos

☐

☐

Petequias

☐

☐

Ictericia

☐

☐

Oliguria

☐

☐

Convulsiones

☐

☐

Cefalea

☐

☐

Escalofríos

☐

☐

☐

☐

Mialgias

☐

☐

Dolor abdominal

☐

☐

☐

☐

Estado Actual del paciente

Restablecido

☐

Enfermo

☐

Fallecido

☐

Fecha de fallecimiento

/

/

Día

Mes

Año

V DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL

Caso notificado por:

Cargo:

Teléfono:

Institución, Servicio de salud:

Fecha de Captación

/

/

Día

Mes

Año

Fecha de Notificación

/

/

Día

Mes

Año

Acciones Realizadas

Fecha de la visita domiciliaria

/

/

Día

Mes

Año

Se realizó búsqueda activa

Si

☐

No

☐

Presencia de monos

Si

☐

No

☐

Muerto

☐

Enfermo

☐

Sano

☐

Género

Presencia de mosquito vector

Si

☐

No

☐

Especie

VI CENSO DOMICILIARIO

Nombres y apellidos	Edad	Sexo	Relación con el paciente	Fiebre	Vacunado	Verificado con carnet	Otros síntomas	Muestra (fecha)

VI DATOS DE LABORATORIO

Tipo de Muestra		Fecha de recolección de la muestra	Fecha de envío a laboratorio	Fecha de recepción en laboratorio	Fecha de envío de resultado	Resultado
Suero	1ra					
	2da					
Muestra histopatológica (biopsia)						

Comentario:

Caso fue notificado por:

Cargo

Institución

Nombre del Investigador:

Cargo

Firma:

PAI Nacional