

Caso sospechoso: Inicio brusco con fiebre (mayor a 38°C), con malestar general y dos o mas de los siguientes síntomas: Cefalea, mialgias, artralgias, vómitos, diarrea, dolor abdominal, tos y dificultad respiratoria además del antecedente de haber estado en una zona endémica de Hantavirus en las últimas 6 semanas.

Caso confirmado: Lo anterior mas laboratorio PCR (+)

1. DATOS GENERALES

SEDES: _____ PROVINCIA: _____ MUNICIPIO: _____ RED DE SALUD: _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

2. DATOS PERSONALES Y EPIDEMIOLOGICOS

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ Teléfono: Fijo/Móvil _____

EDAD: _____ SEXO : Masculino ☐ Femenino ☐ FECHA Y AÑO DE NACIMIENTO: ____/____/____

DOMICILIO ACTUAL: _____
Localidad Municipio Departamento

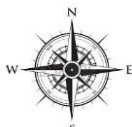
En que lugar estuvo **el último mes** antes de enfermar?

Localidad Municipio Departamento

Actividad que realizó: _____

DIBUJAR CROQUIS DE DOMICILIO

Otro Teléfono de referencia: _____



3. DATOS CLÍNICOS

INICIO DE SINTOMAS: ____/____/20____ TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____

Fiebre > a 38°C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Taquipnea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vómitos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Mialgias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolor Abdominal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ictericia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Dorsalgia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Hemorragia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disnea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Decaimiento general	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Artralgias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Inyección conjuntival	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Naúseas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Artralgias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Otros.	_____	

4. LABORATORIO

Muestra de: Sangre total (sin anticoagulante) ≥ 6 años 5 - 10 mL ☐ ≤ 6 años 3 mL ☐

Fecha de obtención de muestra ____/____/20____ Fecha de envío al Laboratorio ____/____/20____

Comentarios: _____

5. CONDUCTA

INTERNADO EN: _____ Servicio _____ Sala _____ Cama _____

REFERIDO A: _____ Servicio _____ Sala _____ Cama _____

6. OBSERVACIONES: _____

7. ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE NOTIFICA.-

FECHA DE NOTIFICACION ____/____/20____

Nombre y apellidos del Responsable _____

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE
FIRMA Y SELLO