

## FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO

Enfermedades de notificación obligatoria Ley 15465/60.

Ficha Versión 2012

Caso sospechoso: Paciente con antecedente de síndrome febril inespecífico (fiebre mayor de 38° C acompañado de alguno de los siguientes síntomas: mialgias, escalofríos, astenia, cefalea o dolor abdominal, diarrea y/o vómitos). Laboratorio con hematócrito elevado, plaquetopenia, , seguido de distrés respiratorio de etiología no determinada o infiltrados pulmonares bilaterales. Puede tener afectado otros órganos.

Caso confirmado: Caso sospechoso con confirmación por laboratorio por alguno de los siguientes criterios:

1) serología por ELISA (IgM o seroconversión por IgG); 2) RT- PCR en coágulo y/o órganos; 3) Inmunohistoquímica en órganos de autopsia. Para realizar el diagnóstico confirmatorio se requiere: a) En el período agudo: muestras de suero y coágulo. Las muestras de autopsia para inmunohistoquímica deberán ser incluidas en parafina o embebidas en formol bufferado. b) En la convalecencia (30 días): muestra de suero

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_ H.C.: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐ DNI: \_\_\_\_\_

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

Referencia de ubicación domicilio: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino: \_\_\_\_\_

Urbano ☐ Rural ☐ Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Guardería/ escuela/ trabajo: \_\_\_\_\_

### DATOS SOCIALES / ECONOMICOS / FAMILIARES

(En caso de notificaciones de menores, consignar los datos correspondientes al mayor a cargo. Aclarar quien)

Padre ☐ Madre ☐ Otro ☐

#### INGRESO TOTAL FAMILIAR

#### NIVEL DE INSTRUCCION

Sabe leer y escribir Si ☐ No ☐

Primaria completa ☐ Incompleta ☐

Secundaria completa ☐ Incompleta ☐

Univ./Terc. completa ☐ Incompleta ☐

#### SITUACIÓN LABORAL

Trabajo estable Si ☐ No ☐

Desocupado Si ☐ No ☐

Recibe Plan Social Si ☐ No ☐

Menos de \$ 1000 ☐

Entre \$ 1000 y \$ 2000 ☐

Entre \$ 2000 y \$ 3000 ☐

Más de \$ 3000 ☐

#### CONTEXTO FAMILIAR

Vive solo Si ☐ No ☐

Hacinamiento Si ☐ No ☐

(mas de 3 personas en una misma habitación)

#### PROVISION DE AGUA

De red ☐ Canilla Comunitaria ☐

Vertiente ☐ Otro ☐

#### DISPOSICION DE EXCRETAS

Cloaca ☐ Cielo abierto ☐

Pozo ciego/Letrina ☐

### DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de los síntomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de primera consulta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mialgias ☐ Cefalea ☐ Fiebre ☐ Inyección conjuntival ☐ Disnea ☐ Taquipnea ☐ Tos ☐ Ictericia ☐

Disminución Diuresis ☐ Excitación ☐ Desorientación ☐ Sudoración profusa ☐ Sed Intensa ☐ Diarrea ☐

Otro: \_\_\_\_\_

RX de Tórax: Normal ☐ Patológica ☐ Descripción: \_\_\_\_\_

### EXAMENES DE LABORATORIO

Hematocritos: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_ LDH: \_\_\_\_\_

Glóbulos Blancos Recuento: \_\_\_\_\_ Formula: \_\_\_\_\_

TGO/TGP: \_\_\_\_\_ Bilirrubina: \_\_\_\_\_ Urea: \_\_\_\_\_ Creatinina: \_\_\_\_\_ Hematuria: \_\_\_\_\_

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

Serología (suero y coagulo): IgM: \_\_\_\_\_ IgG: \_\_\_\_\_ PCR: \_\_\_\_\_ Fecha: 1° muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2° muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anatomía patológica de : Pulmón: \_\_\_\_\_ Hígado: \_\_\_\_\_ Riñón: \_\_\_\_\_

### EVOLUCION

Paciente Hospitalizado: Si ☐ No ☐ UTI: Si ☐ No ☐ ARM: Si ☐ No ☐ Fecha hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Curado ☐ Alta con secuelas ☐ Fallecido ☐ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Autopsia: Si ☐ No ☐

La presente ficha se confeccionará por duplicado. Una copia para notificación a epidemiología. La otra para la solicitud del laboratorio

# HANTAVIRUS

## DATOS EPIDEMIOLOGICOS

¿Tuvo contacto con pacientes que padecieron hantavirus o un cuadro similar? Si ☐ No ☐

Estudio de contactos de riesgo del paciente

Contacto en el ámbito familiar

Nombre y Apellido	Tipo (1)	Dirección

(1) Como ejemplo: Familiar, vecino, amigo, etc

Contacto en el ámbito laboral (2) Tipo de actividad \_\_\_\_\_ Tiempo antes de enfermar: \_\_\_\_\_

Contacto en el ámbito recreativo (3) Tipo de actividad \_\_\_\_\_ Tiempo antes de enfermar: \_\_\_\_\_

(2) Como ejemplo: desmalezado, esquila, limpieza de galpón, etc.

(3) Como ejemplo: campamento, salida de pesca, deportes en la montaña, etc.

Nombre y Apellido	Tipo	Dirección

Riesgo en domicilio y peridomicilio

Vivienda: Tipo y material de construcción: \_\_\_\_\_

Provisión de agua	Casa	Trabajo	Recreación
De red			
Canilla comunitaria			
Vertiente			
Otros			
Disposición de excretas	Casa	Trabajo	Recreación
Cloacas			
Pozo ciego / letrina			
Cielo abierto			

Disposición de basura	Casa	Trabajo	Recreación
Recolección domiciliaria			
Tacho común/ contenedor			
Quema periódica/basural			
Otros			

¿Observó madrigueras de roedores en cercanías de...?

¿Observó roedores circulando en cercanías de...?

¿Observó caca de roedores en las cercanías de su ...?

¿Realizó tareas de captura de roedores en su...?

¿Tocó roedores muertos o vivos en su...?

¿Manejó o tocó, bolsas de alimentos u otros materiales sucios con excrementos de roedores en su...?

Casa	Trabajo	Lugar de recreación
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Realizó actividades de desmalezado?

Si ☐ No ☐

¿Realizó otras actividades generales de campo? (alambrado, posteo, etc.)

Si ☐ No ☐

¿Realizó tareas en galpones? (Limpieza, apilado, acopio, esquilas, etc.)

Si ☐ No ☐

¿Durmió o descanso a la intemperie?

Si ☐ No ☐

¿Realizó actividades de limpieza de viviendas que estuvieran deshabitadas?

Si ☐ No ☐

¿Limpió altillos, sotanos, bauleras, silos o similar?

Si ☐ No ☐

¿Realizó tareas de demolición o remoción de escombros?

Si ☐ No ☐

¿Realizó actividades de caza, camping, pesca, pic nic o acampe?

Si ☐ No ☐

## DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificante: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

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

Firma y Sello Médico