

Definición de caso

caso sospechoso de chagas agudo: Persona de cualquier edad y sexo con síndrome febril prolongado, más la presencia de otro síntoma específico o inespecífico (esplenomegalia o chagoma) y sea residente o haya estado en zona endémica en los últimos 12 meses, tenga antecedentes de contacto con sangre (transfusiones, drogadicción IV, accidentes de trabajo) u otro material biológico en los últimos 12 meses o edad menor que 12 meses hijo de madre positiva.

Caso sospechoso de chagas agudo: Recién nacido hijo de madre con serología positiva para Chagas

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificador: _____ Fecha de Notificación: ____ / ____ / ____
 Apellido y Nombre del Profesional: _____
 Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
 Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
 Urbano Rural Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de la fiebre ____ / ____ / ____ . Fecha de consulta ____ / ____ / ____

EXAMEN FÍSICO (colocar datos positivos, de lo contrario escribir normal)

Cabeza y cuello (mucosa y esclerótica): _____
 Ap Respiratorio: _____
 Ap Locomotor: _____
 Ap Neurológico: _____
 Ganglios: _____
 Abdomen (hígado y bazo): _____

DATOS CHAGAS CONGENITO

Peso al nacer.....grs Nació a término? ? SI NO Meses de gestación.....semanas
 Lactancia materna? SI NO Sind febril prolongado Convulsiones Diarrea prolongada
 Adenopatías Anemias Hepatoesplenomegalia Coriza Edemas
 Otros _____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Dónde vivió los primeros 15 años? _____
 Tipo de vivienda de esos años: Pared: Adobe Ladrillo Revocado Techo: Paja Otros
 Tuvo vinchucas? SI NO N/S
 Tipo de vivienda actual: Pared: Adobe Ladrillo Revocado Techo: Paja Otros
 Tiene vinchucas? SI NO N/S
 Recibió transfusiones de sangre? SI NO
 La madre es chágásica? SI NO N/S
 Recibió o donó órganos? SI NO Fecha cirugía ____ / ____ / ____

ANTECEDENTES

Enfermedades previas (edad que las padeció): _____

Sospecha de chagas aguda actual SI NO

En el pasado? SI NO N/S

Chagomas Exantemas Alteraciones cardiovasculares Sind febril prolongado

Convulsiones. Diarrea prolongada Adenopatías Anemias Hepatoesplenomegalia

Otros: _____

SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

Chagas agudo Chagas congénito Otro: _____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

BUSQUEDA DEL PARASITO EN SANGRE

Fecha de muestra: ____ / ____ / ____ Resultado: _____ Método: _____

Fecha de muestra: ____ / ____ / ____ Resultado: _____ Método: _____

Fecha de muestra: ____ / ____ / ____ Resultado: _____ Método: _____

SEROLOGIA

Fecha de la 1^a muestra: ____ / ____ / ____ Resultado _____ Método: _____

Fecha de la 2^o muestra: ____ / ____ / ____ Resultado: _____ Método: _____

Fecha de la 3^o muestra: ____ / ____ / ____ Resultado: _____ Método: _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Tratamiento indicado al paciente: _____

Droga utilizada para el tratamiento: _____ Cantidad utilizada (Dosis): _____

Identificación de contactos o expuestos: Si No Nº de contactos o expuestos identificados: _____

(según norma) Nº de contactos positivos: _____

Control con insecticidas: Si No Nº de viviendas tratadas: _____

Insecticida utilizado: _____ Cantidad aplicada: _____

Otros controles realizados: _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____ / ____ / ____

Condición del alta: _____ Fecha del alta: ____ / ____ / ____

Clasificación final: Chagas Agudo Si No Chagas Congénito Si No

IMPORTANTE:

- 1) Recién nacido de madre chagásica: **realizar microstrout**: si es (+) iniciar tratamiento, si es (-) **realizar serología nuevamente a los 6 meses de vida**: si es (+) confirmado por 2 técnicas, iniciar tratamiento.
- 2) Iniciar tratamiento a todo **menor de 15 años con serología (+)** confirmado por 2 o más técnicas.
- 3) Iniciar tratamiento a todo **mayor de 15 años con sospecha de chagas agudo**, clínica o confirmado por laboratorio.
- 3) Solicitar (presentando esta ficha, la edad y el peso de paciente) el medicamento para el tratamiento adecuado

Fecha ____ / ____ / ____

Firma y Sello Médico