

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

DEFINICIÓN DE CASO

Caso confirmado: todo caso sospechoso con dos resultados de pruebas serológicas de diferente principio (ELISA, IFI, HAI o ICT prueba rápida), ambos positivos. O presencia demostrada del *Tripanosoma cruzi* o detección del ADN del parásito por PCR en Chagas agudos. Observación: en todo caso con resultado discordante o dudoso se debe realizar una tercera prueba, preferentemente de antígenos diana y principio diferente.

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre del notificante: Institución:
 Región Sanitaria: Distrito:
 Fecha de notificación: Teléfono:
 Correo electrónico institucional:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido: Nacionalidad: Etnia:
 N° de documento: Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Sexo: F (.....) M (.....)
 Ocupación: Lugar de trabajo:
 Domicilio actual:
 Departamento: Distrito: Barrio:
 Tipo de localidad: Urbano (.....) Rural (.....) Teléfono actual: Teléfono alternativo:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes epidemiológicos	SI	NO
¿Vive o vivió en zona de riesgo? (Chaco, Cordillera, Paraguari, Concepción, San Pedro, Caaguazú, Caazapá, Guairá)		
¿Ha encontrado vinchucas en su casa?		
¿Ha consumido alimentos artesanales sin cocción o mal cocidos? (mosto, jugos de frutas, carnes silvestres, etc)		
¿Tiene antecedentes familiares con Chagas?		
¿Ha recibido transfusiones? Fecha:		
¿Ha recibido trasplante de órgano? Fecha:		

Localidad probable de contagio:

Antecedentes familiares con Chagas:

DATOS CLÍNICOS

Asintomático/a: SI (.....) NO (.....) Fecha de consulta:/...../..... Fecha de inicio de síntomas:/...../.....

Hospitalizado: SI (.....) No (.....) Fecha de hospitalización:/...../..... Lugar de hospitalización:

SINTOMAS	SI	NO	SINTOMAS	SI	NO	SIGNOS/SINTOMAS	SI	NO	MANIFESTACIONES	SI	NO
Fiebre (..... °C)			Tos			Edema bpalpebral			Insuficiencia cardiaca		
Cefalea			Disnea			Chagoma de inoculación			Arritmias		
Mialgias			Taquicardia			Hepatomegalia			Dolor torácico		
Artralgias			Convulsiones			Esplenomegalia			Síncopes		
Dolor abdominal			Vómitos			Exantema			Ictus		
Disfagia			Dispepsia			Estreñimiento					

Presión Arterial: MIN...../ MAX..... Pulso...../min FR/min PesoKg Embarazo: SI NO Edad gestacional

Co Infecciones: HIV..... TBC Infecciones pulmonares Otros

DATOS LABORATORIALES

Tipo de examen	Fecha	Resultado	Laboratorio	Otros Estudios:
Observación de parásitos				Test rápido: Otros:
Serología				
PCR				

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

Clasificación del Caso: Agudo Vectorial Transfusional..... Congénito..... Oral.....

Crónico Asintomático..... Cardiopatía..... Trastornos del aparato digestivo..... Megacolon..... Megaesófago.....

Tratamiento: Etiológico Sintomático..... **Droga:** Dosis: Fecha de inicio: Fecha de término:

Reacción adversa: SI Leve..... Moderada Grave NO

Seguimiento: Serología post tratamiento a los 12 meses 24 meses Otros:

VIGILANCIA DE TRANSMISIÓN VERTICAL (hijos de madre chágasica)

Nombre y apellido	C.I	Edad	Observaciones (Tto., condición clínica, mortalidad)