

## FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN FIEBRE AMARILLA

**Definición caso SOSPECHOSO:** toda persona que presenta fiebre de inicio súbito, sin foco aparente, sin vacunación verificable contra FA, y con antecedente de viaje o de actividades de riesgo en áreas con transmisión actual o histórica; o toda persona que presente un síndrome febril icterico o febril hemorrágico sin foco aparente e independientemente del antecedente de riesgo.

### DATOS DEL NOTIFICANTE:

Institución: ..... Nombre del Notificante: .....

Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos : ..... CI:.....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... Edad:..... Sexo: M ( ) F ( )

Domicilio:..... Tel.....

Departamento: ..... Distrito: .....

Localidad/Barrio: ..... Urbano ( ) Rural ( )

### DATOS CLÍNICOS

Ambulatorio ( ) Fecha de la primera consulta: ...../...../.....

Hospitalizado ( ) Fecha de hospitalización: ...../...../..... N° de Historia Clínica: .....

Fiebre: referida ( ) graduada ( ) Temp. ( °C) Fecha de inicio: ...../...../.....

SÍNTOMAS	Si	SINTOMAS	Si	SINTOMAS	Si
Cefalea		Postración		Ictericia	
Mialgias		Náuseas		Oligoanuria	
Artralgias		Vómitos		leucopenia	
Astenia		Insuficiencia renal		Hematemesis	
Dorsalgias		Insuficiencia hepática		melena	
Escalofríos		gingivorragias		epistaxis	

Otros síntomas o manifestaciones:

Presión arterial: MIN..... MAX..... Pulso:...../min. FR...../min

### Datos de laboratorio clínico

Hto:.....%	GB:...../mm <sup>3</sup>	Fla:...../...../...../...../.....	Plaq:...../mm <sup>3</sup>	VSG:.....mm
------------	--------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------

### ANTECEDENTES DE RIESGO Y EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación..... Lugar de trabajo (Localidad)..... Rural ( .... ) Urbano ( . )

¿Realizó algún viaje durante los últimos 15 días? SI ( ) NO ( ) Fecha...../...../..... Lugar.....

¿Estuvo en el monte? SI ( ) NO ( ) Fecha: ...../...../..... Lugar (Localidad).....

¿Tuvo contacto con animales enfermos? SI ( ) NO ( ) Fecha: ...../...../..... Tipo de animal..... Lugar.....

Tuvo contacto con casos similares SI ( ) NO ( ) Ignora ( )

Embarazo SI ( ) NO ( ) Comorbilidades.....

Cuenta con vacuna contra la fiebre amarilla SI ( ) NO ( )

### DATOS DE LABORATORIO de DIAGNÓSTICO

Técnica realizada	Fecha Muestra			
.....	Positivo ( )	Negativo ( )	No se testó ( )	...../...../.....
.....	Positivo ( )	Negativo ( )	No se testó ( )	...../...../.....

### CIERRE DEL CASO

Clasificación final: Confirmado ( ) Descartado ( ) Fecha de cierre: ...../...../.....

Otros: .....

Egreso: Alta ( ) Traslado ( ) Óbito ( ) Fecha: ...../...../.....