

VIGILANCIA DE ARBOVIROSIS

| DATOS DEL NOTIFICANTE | | |
|---|---|---|
| Institución notificante: | | |
| Fecha de notificación: / / | Nombre del notificante: | |
| DATOS DEL PACIENTE | | |
| CI N°: | Nombres y apellidos: | Edad: |
| Fecha de Nacimiento: | Sexo: M () F () | Tel: |
| Departamento: | Distrito: | Localidad/Barrio: |
| Dirección (calles/referencia): | | N°: |
| Coordenadas | X (.....) Y (.....) | |
| Comorbilidad/Fact. Riesgo | SI () NO () | Cuál: |
| Fiebre SI () NO () | Referida () Graduada () Temp. ()°C | Fecha de inicio de síntomas o ebre: / / |
| Hospitalizado | SI () NO () | Fecha de hospitalización: / / Lugar: |
| Fallecido/Óbito | SI () NO () | Fecha de fallecido/Óbito: / / |
| Viajó durante los últimos días | SI () NO () Lugar: | Fecha de retorno al país: / / |
| Hay casos similares actualmente en su entorno | SI () NO () | |
| SOSPECHA DENGUE () | | |
| Persona que presente ebre, de menos de 7 días de duración acompañada de 2 o más de las siguientes manifestaciones: náuseas/ vómitos, exantema, cefalea/dolor retro orbitario, mialgias/ artralgias, manifestaciones hemorrágicas, leucopenia, cualquier signo de alarma, cualquier criterio de gravedad de dengue. | | |
| Pediatría: cuadro febril agudo, de 2 a 7 días de duración sin signos de focalización aparente. | | |
| Dengue sin signos de alarma () | Dengue con signos de alarma () | Dengue grave () |
| Náuseas () | Dolor abdominal intenso y continuo () | Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave () |
| Vómitos () | Dolor a la palpación del abdomen () | Sangrado grave () |
| Exantema () | Vómitos persistentes () | Daño grave de órganos () |
| Cefalea () | Acumulación de líquidos () | |
| Dolor retro orbital () | Sangrado activo de mucosas () | |
| Mialgia () | Irritabilidad o somnolencia () | |
| Artralgia () | Hepatomegalia () | |
| Petequias () | Aumento progresivo del hematocrito () | |
| Leucopenia () | Hipotensión () | |
| Laboratorio DENGUE () | | |
| Toma de muestra del servicio | SI () NO () | Fecha de toma de muestra: / / |
| Resultado Ns1 Pos () Neg () | IgM Pos () Neg () | IgG Pos () Neg () |
| Laboratorio de Ref. Nac. | SI () NO () | Fecha de toma de muestra: / / |
| Resultado Ns1 Pos () Neg () | IgM Pos () Neg () | IgG Pos () Neg () |
| PCR Pos () Neg () | Tipo de muestra: | |
| SOSPECHA DE CHIKUNGUNYA () | | |
| Persona que presenta ebre y artralgia o artritis incapacitante de inicio súbito no explicada por otra condición. | | |
| Lactantes menores: ebre, irritabilidad, erupción cutánea y/o edema peri articular | | |
| Artritis () | | |
| Artralgia () | | |
| Edema o tumefacción periarticular () | | |
| Erupción cutánea () | | |
| Laboratorio CHIKUNGUNYA | | |
| Toma de muestra del servicio | SI () NO () | Fecha de toma de muestra / / |
| Resultado | IgM Pos () Neg () | IgG Pos () Neg () |
| Laboratorio de Ref. Nac. | SI () NO () | Fecha de toma de muestra: / / |
| Resultado | IgM Pos () Neg () | IgG Pos () Neg () |
| PCR Pos () Neg () | Tipo de muestra: | |
| SOSPECHA DE ZIKA () | | |
| Persona que presenta erupción cutánea acompañado de 2 o más de los siguientes síntomas: ebre, artralgias, mialgias - conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival - Edema peri articular | | |
| Erupción o rash () | Fecha de inicio de la erupción o rash / / | |
| Prurito () | Hiperemia conjuntival () | Edema periarticular () |
| Laboratorio ZIKA | | |
| Toma de muestra del servicio | SI () NO () | Fecha de toma de muestra / / |
| Resultado | IgM Pos () Neg () | IgG Pos () Neg () |
| Laboratorio de Ref. Nac. | SI () NO () | Fecha de toma de muestra / / |
| Resultado | IgM Pos () Neg () | IgG Pos () Neg () |
| PCR Pos () Neg () | Tipo de muestra: | |
| Sospecha otra Arbovirosis | Cual: | |

DATOS DEL NOTIFICANTE:

Institución notificante: Nombre de la Institución/Establecimiento de Salud en donde el caso está siendo investigado. **Fecha de notificación:** Fecha en que ingresa al sistema (Recordar que estas patologías son de NOTIFICACIÓN INMEDIATA). **Nombre del notificante:** Nombre y apellido del personal de salud que completa el presente documento/ficha.

DATOS DEL PACIENTE:

Cédula de Identidad: Número de cédula de identidad. **Nombres y apellidos, Edad, Fecha de Nacimiento, Sexo:** completar con los datos de la cédula de identidad **en lo posible**. **Teléfono:** Número de teléfono para contactar con el sospechoso y/o responsable del mismo. Línea baja o celular, donde ubicar al paciente. **Departamento, Distrito, Localidad/Barrio, Dirección (calles/referencia), N° de vivienda:** Registrar detalladamente la dirección donde reside el paciente, para eventualmente ubicarlo.

Coordenadas: registrar la ubicación georreferenciada con la aplicación Google maps o GPS disponible.

DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE:

Comorbilidad/Fact. Riesgo: Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **Cuál:** en el caso de que la respuesta sea SI, describir la comorbilidad y/o factor de riesgo. **Fiebre:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **Referida o Graduada** Marcar con una X si es referida o graduada. **Temp. ()°C:** Registrar temperatura.

Fecha de inicio de síntomas o fiebre: campo obligatorio que se registra en formato de fecha DD/MM/AA. **Hospitalizado:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación en el caso de que la respuesta sea SI, escribir la **Fecha de hospitalización:** en formato de fecha DD/MM/AA y **Lugar:** describir servicio donde se encuentra hospitalizado. **Fallecido/Óbito:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **Fecha de fallecido/Óbito:** registrar en formato de fecha DD/MM/AA de **fallecido/Óbito** según certificado de defunción. **Viajó durante los últimos 15 días:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. Fecha: registrar en formato de fecha DD/MM/AA de viaje. **Lugar:** Describir la zona de viaje. **Hay casos similares actualmente en su entorno:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación, que identifica el **nexo epidemiológico**.

SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA:

Marca un solo diagnóstico: Utilizar las siguientes definiciones de casos sospechosos, marcar los síntomas correspondientes con una (X):

SOSPECHA DENGUE: Persona que presente fiebre, de menos de 7 días de duración acompañada de 2 o más de las siguientes manifestaciones: náuseas/ vómitos, exantema, cefalea/dolor retro orbitario, mialgias/artralgias, manifestaciones hemorrágicas, leucopenia, cualquier signo de alarma, cualquier criterio de gravedad de dengue. **Pediatría:** cuadro febril agudo, de 2 a 7 días de duración sin signos de focalización aparente:

Dengue sin signos de alarma, Náuseas, Vómitos, Exantema, Cefalea, Dolor retro orbital, Mialgia, Artralgia, Petequias y Leucopenia.

Dengue con signos de alarma, Dolor abdominal intenso y continuo, Dolor a la palpación del abdomen, Vómitos persistentes, Acumulación de líquidos, Sangrado activo de mucosas, Irritabilidad o somnolencia, Hepatomegalia, Aumento progresivo del hematocrito, Hipotensión.

Dengue grave según los siguientes síntomas: Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave, Sangrado grave, Daño grave de órganos.

SOSPECHA DE CHIKUNGUNYA: Persona que presenta fiebre y artralgia o artritis incapacitante de inicio súbito no explicada por otra condición. **Lactantes menores:** fiebre, irritabilidad, erupción cutánea y/o edema periarticular. **Artritis, Artralgia, Edema o tumefacción periarticular, Erupción cutánea.**

SOSPECHA DE ZIKA: Persona que presenta erupción cutánea acompañado de 2 o más de los siguientes síntomas: fiebre, artralgias, mialgias - conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival - Edema periarticular, Erupción o rash, Fecha de inicio de la erupción o rash, Prurito, Hiperemia conjuntival, Edema periarticular.

DATOS DE LABORATORIO

DENGUE

Toma de muestra del servicio: Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación de toma de muestra en el servicio. **Fecha de toma de muestra:** registrar en formato de fecha DD/MM/AA que se le extrae la muestra. **Resultado Ns1 Positivo o Negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **IgM Positivo o Negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **IgG Postivo o Negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **Laboratorio de Referencia Nacional:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación de toma de muestra remitida al laboratorio de referencia nacional. Fecha de toma de muestra: registrar en formato de fecha DD/MM/AA que se le extrae la muestra. **Resultado Ns1 Positivo o Negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **IgM Positivo o Negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **IgG Positivo o negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **PCR:** Positivo o negativo: Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **Tipo de muestra:** Suero, LCR otros.

CHIKUNGUNYA

Toma de muestra del servicio: Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación de toma de muestra en el servicio. **Fecha de toma de muestra:** registrar en formato de fecha DD/MM/AA que se le extrae la muestra. **Resultado IgM Positivo o Negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **IgG Positivo o negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **PCR: Positivo o negativo: Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación.** Tipo de muestra: suero y otros.

Sospecha de arbovirosis: identificar otra sospecha de arbovirosis que no sea Dengue, Chikungunya, Zika, Fiebre amarilla y referir cual es.