

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 ³	Fla:...../...../...../...../.....	Plaq:...../mm ³	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.....

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:/...../.....