

**Definición de caso: Caso sospechoso – 1) Paciente con cuadro febril agudo (durante 7 días), residente o que estuvo en área con transmisión viral en los últimos 15 días, sin el antecedente de haber sido vacunado.**  
**Un área de transmisión viral se define como un área donde hubo ocurrencia y presencia del virus de la fiebre amarilla en casos humanos y epizootias (presencia de monos enfermos o muertos) y se realizó aislamiento viral en mosquitos**

## I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Diagnóstico inicial:  1=Fiebre amarilla 99=Desconocido

País: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Red de Servicios: \_\_\_\_\_

Localidad/Barrio/Ciudad: \_\_\_\_\_

Establecimiento de salud que notifica: \_\_\_\_\_

Teléfono del establecimiento que notifica: \_\_\_\_\_

Notificado por: \_\_\_\_\_ No. Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha de Notificación Local: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha de Visita Domiciliaria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha de Notificación Nacional: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Detectado por:  1=Consulta 2=Laboratorio 3=Búsqueda institucional 4=Búsqueda de casos en la comunidad

5=Investigación de contactos 6=Casos reportados en la comunidad 88=Otros 99=Desconocido

Tipo de Sector de Institución que notifica:  1=Público 2=Privado 88=Otro, Especifique \_\_\_\_\_

## II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre, o pariente responsable: \_\_\_\_\_

Sexo del paciente:  1=Masculino 2=Femenino

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses

Dirección actual: \_\_\_\_\_ Ocupación del Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dónde estuvo hace 15 días antes de enfermar: \_\_\_\_\_

Tipo de localidad:  1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

**Referencia, croquis, para localizar el domicilio:** \_\_\_\_\_

**Comentario:** \_\_\_\_\_

## III HISTORIA VACUNAL

¿Ha sido vacunado contra la fiebre amarilla?	Número de dosis*	Fecha de vacunación	Establecimiento o lugar dónde fue vacunado	Verificación de la vacunación **
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	_____

(\*) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 99=Desconocido

(\*\*) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

**IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE**

Fecha de inicio de la enfermedad (fiebre) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Hospitalización: Si  No

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**Signos / Síntomas**

	Sí	No		Sí	No
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nauseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oliguria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No
Melena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petequias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Estado Actual del paciente**

Restablecido	<input type="checkbox"/>
Enfermo	<input type="checkbox"/>
Fallecido	<input type="checkbox"/>
Fecha de fallecimiento	_____ / _____ / _____ <small>Día Mes Año</small>

**V DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL**

Caso notificado por: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Institución, Servicio de salud: \_\_\_\_\_

Fecha de Captación \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha de Notificación \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**Acciones Realizadas**

Fecha de la visita domiciliaria \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Se realizó búsqueda activa Si  No

Presencia de monos Si  No  Muerto  Enfermo  Sano  Género \_\_\_\_\_

Presencia de mosquito vector Si  No  Especie \_\_\_\_\_

**VI CENSO DOMICILIARIO**

Nombres y apellidos	Edad	Sexo	Relación con el paciente	Fiebre	Vacunado	Verificado con carnet	Otros síntomas	Muestra (fecha)

**VI DATOS DE LABORATORIO**

Tipo de Muestra	Fecha de recolección de la muestra	Fecha de envío a laboratorio	Fecha de recepción en laboratorio	Fecha de envío de resultado	Resultado
Suero	1ra				
	2da				
Muestra histopatológica (biopsia)					

Comentario: \_\_\_\_\_

Caso fue notificado por: \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**PAI Nacional**