

FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA

FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA PARA LA VIGILANCIA DE FIEBRE HEMORRÁGICA BOLIVIANA



Caso sospechoso: Paciente con cuadro febril indeterminado, que vive o haya visitado un área endémica de Fiebre Hemorrágica Boliviana, en los últimos 21 días.

1. DATOS GENERALES :

FECHA DE NOTIFICACIÓN			DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD/LOCALIDAD	RED DE SALUD
DÍA	MES	AÑO				
ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE			PÚBLICO <input type="checkbox"/>	TELÉFONO/CEL. O CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO:	CASO CAPTADO EN BÚSQUEDA ACTIVA SI [] NO []	
			SEGURO SOCIAL <input type="checkbox"/>		ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD SI [] NO []	
			PRIVADO <input type="checkbox"/>		OTRO ESPECIFICAR	
			OTRO <input type="checkbox"/>			

2. DATOS DEL PACIENTE :

NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD	TELÉFONO	OCUPACIÓN

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, REGISTRAR NOMBRES DE LOS PADRES O APODERADOS:

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD O ESTANCIA	BARRIO/ZONA ESTANCIA

3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN (QUÉ LUGAR VISITÓ ENTRE LOS ÚLTIMOS 21 DIAS)

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD O ESTANCIA	BARRIO/ZONA (CROQUIS)

Dónde inicio signos y síntomas?				
¿A visto ratones dentro o cerca de su domicilio? Si [] No []				
¿De dónde obtiene agua? [] Noria [] Río [] Red Domiciliaria				
¿Existen cultivos o pastizales cerca de su vivienda? [] Si [] No				
4.- DATOS CLÍNICOS				
Fecha de inicio de Síntomas	DÍA	MES	AÑO	Semana Epidemiológica
Alzas térmicas no cuantificadas []		Petequias	[]	
Cefalea []		Erupción cutánea	[]	
Dolor Retro ocular []		Sangrado de encías Gingivorragia	[]	
Mialgias []		Sangrado conjuntival	[]	
Artralgias []		Hematemesis	[]	
Adenopatías []		Epistaxis	[]	
Náuseas /VómitoS []		Otros signos Hemorrágicos	[]	
Diarrea []		Confusión e irritabilidad	[]	
5. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO				
FHB [] Leptospirosis [] Hantavirus [] Dengue [] Malaria [] Chikungunya [] Zika []				
6.- HOSPITALIZACIÓN				
Fué Hospitalizado SI () NO ()	Fecha de Internación: Día Mes Año	Establecimiento de Salud:		
7.- EXÁMENES DE LABORATORIO				
Se tomó muestra SI () NO ()	Fecha de la toma de muestra Dia Mes Año	A quien se envió la muestra		
8.- CROQUIS DE UBICACIÓN DE LA RESIDENCIA DEL PACIENTE				

Notificación realizada por

Nombre.....Apellidos.....

Cargo.....Teléfono de Ref:.....

Observaciones:

FIRMA