

FICHA EPIDEMIOLOGICA DE HANTAVIRUS

Caso Sospechoso: Todo paciente con cuadro clínico caracterizado por fiebre de inicio brusco mayor a 38° C, con malestar general y dos o más de los siguientes síntomas: cefalea, mialgias, artralgias, vómitos, diarrea, dolor abdominal, tos y dificultad respiratoria y el antecedente de haber estado en una zona endémica de Hantavirus en las últimas 6 semanas.

Caso confirmado: Caso clínicamente compatible con la definición de caso sospechoso, que ha sido confirmado por laboratorio de referencia nacional (IgM o IgG o RT – PCR positiva o IHQ positiva).

DATOS GENERALES

| | | | |
|--|---------------|--|----------------------|
| Fecha de notificación:/...../..... | Departamento: | Municipio: | Localidad/comunidad: |
| Establecimiento de salud: | | Antecedente de viaje últimas 6 semanas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Tipo de notificación: Vigilancia pasiva <input type="checkbox"/> Búsqueda activa <input type="checkbox"/> | | | |
| Captado: Consulta Externa <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> | | Fecha de inicio de signo sintomatología /...../..... | |

DATOS DEL PACIENTE

| | | | |
|---|-------|---|------------|
| Nombre y Apellido: | Edad: | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Ocupación: |
| En caso de menor de edad colocar nombre de los padres o apoderados: | | | Teléfono: |
| Procedencia: | | Residencia actual: | |
| Lugares donde estuvo en las últimas 6 semanas antes de iniciar síntomas: | | | |
| Antecedente de contacto con personas enfermas con Hantavirus: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° contactos <input style="width: 50px;" type="text"/> | | | |
| Nombre y apellido/tipo de relacion..... | | | |
| Antecedente de aumento de roedores (comunidad, residencia, trabajo, lugar de viaje): | | | |

DATOS CLINICOS

| | | | | | |
|------------------------------------|---|----------------------------|---|---------------------------|---|
| Fiebre mayor a 38°C | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Mialgia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Petequias | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Cefalea (dolor de cabeza) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Artralgia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Hemorragia subconjuntival | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Nauseas | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Hematuria | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Vómitos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Disnea | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Proteinuria | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Diarrea: | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Taquipnea | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Leucocitosis | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Dolor abdominal | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Insuficiencia respiratoria | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Plaquetopenia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Inyección Conjuntival (ojos rojos) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Taquicardia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Oliguria | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Dorsalgia ((dolor de espalda) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Mareos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Insuficiencia renal aguda | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Ictericia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Otro: | | | |

DATOS DE MUESTRA LABORATORIAL

| | |
|--|--|
| Tipo de muestra: Sangre Total <input type="checkbox"/> Otros..... | Fecha de toma de muestra:/...../..... |
| Numero de muestra enviada: Primera <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> | |
| Fecha de envío a laboratorio:/...../..... | Fecha de recepción de muestra:/...../..... |
| Fecha de reporte del resultado:/...../..... | |

DATOS DE NOTIFICACION

| | |
|--------------------------------------|--------|
| Nombre y apellido de quien notifica: | Cargo: |
| Observaciones: | Firma: |