

# SINDROME FEBRIL AGUDO INESPECIFICO (SFAI)

FICHA DE NOTIFICACIÓN Y PEDIDO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO



**Definición de caso sospechoso:** Todo paciente que presenta al momento de la consulta fiebre aguda de menos de siete (7) días de duración, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

Fecha de Notificación: DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ] DNI del paciente [ ]

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE:** Apellido y nombre [ ]

Fecha de nacimiento [ ] [ ] [ ] Edad: [ ] Sexo: F  M  Ocupación [ ]

Domicilio: Calle [ ] N° [ ] Entre calles: [ ]

Barrio: [ ]

Referencia de ubicación: [ ] Ámbito Urbano  Rural

Localidad: [ ] Departamento: [ ] Provincia: [ ]

Teléfono.: [ ] Teléfono alternativo (familiar o contacto) [ ]

**DATOS CLINICOS:** Fecha de consulta: [ ] [ ] [ ] Consultó previamente? SI  NO  Fecha [ ] [ ] [ ]

Fecha de inicio de la fiebre: [ ] [ ] [ ] Ambulatorio  Internado  Fecha de internación: [ ] [ ] [ ]

Embarazada

## ESPECIFIQUE SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS, SÍNTOMAS O PARÁMETROS DE LABORATORIO:

Signos y síntomas	Si	No	S/D		Si	No	S/D
Fiebre mayor a 38°C				Exantema			
Cefalea				Hepatomegalia			
Mialgias				Esplenomegalia			
Artralgia				Oligoanuria			
Dolor retro ocular				Síndrome Hemorrágico*			
Dolor abdominal				Tos			
Nauseas				Taquipnea			
Vómitos				Síndrome Confusional			
Diarrea				Síndrome Meníngeo			
Inyección conjuntival				Encefalitis			
Ictericia				RX de tórax**			

\*Marcar con una x Petequias  Purpura  Epistaxis  Gingivorragia  Hemoptisis  Melena  Vómitos negros  Otros

\*\* Describir: [ ]

Hto:.....% GB:...../mm3. Fórmula:...../...../...../...../..... Plaq:...../mm3. VSG..... mm

Urea:.....mg/dl Creatinina: .....mg/dl ALT-GPT :..... UI/L AST-GOT: ..... UI/L FAL..... UI/L

## DATOS DE LA MUESTRA PARA ESTUDIO ETIOLÓGICO (A completar por el laboratorio notificador)

Fecha de TOMA PRIMERA MUESTRA: [ ] / [ ] / [ ]

Fecha de TOMA SEGUNDA MUESTRA: [ ] / [ ] / [ ]

## SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA / SOLICITUD DE ESTUDIOS PARA DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO:

(Calificar SOLO las patologías sospechadas y numerarlas según orden de sospecha siendo 1 la principal y los números subsiguientes)		
Dengue	Fiebre Amarilla	
Leptospirosis	Fiebre Hemorrágica Argentina	
Hantavirus	Encefalitis de San Luis	
Chikungunya	Fiebre del Nilo Occidental	
Zika	Rickettsiosis	
Paludismo	Otros (especificar)	

**DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

¿Viajó durante los últimos 45 días? SI  NO  Fecha de viaje: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_

Fecha de regreso: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Sitio probable de adquisición de la infección:**

País	Provincia	Departamento	Localidad

¿Este caso es parte del monitoreo de un brote en curso? Si ( ) No ( ) ¿De qué localidad? \_\_\_\_\_

¿Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si ( ) No ( ) Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

¿Estuvo en contacto con animales? Si ( ) No ( ) Especificar cuáles \_\_\_\_\_

¿Conoce casos similares? Si ( ) No ( ) Quién/es? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES:**

Tuvo dengue previamente SI  NO  Año \_\_\_\_\_

Vacunación antiamarílica SI  NO  Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Vacunación Fiebre Hemorrágica Argentina SI  NO  Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Vacunación Leptospirosis SI  NO  Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**ESTABLECIMIENTO** \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono/Fax \_\_\_\_\_

**DATOS DEL MÉDICO:** Apellido y nombre \_\_\_\_\_

Tel. Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_