



VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO

N°

Definición de caso: Persona de cualquier edad y sexo que presenta **FIEBRE** de menos de siete (7) días de duración sin foco aparente.

SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA Marcar un solo diagnóstico

1. B54 Paludismo () 2. A90 Dengue () 3. A95.9 Fiebre Amarilla () 4. A27.9 Leptospirosis () 5. A98.5 Hantavirus () 6. A92.0 Chikungunya () 7. A92.8 ZIKA ()

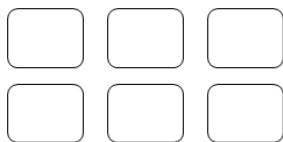
DATOS DEL NOTIFICANTE:

8. Institución: 9. Nombre del Notificante:
10. N° de Historia Clínica: 11. Fecha de notificación: ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

12. Nombres y Apellidos: 13. CI:
14. Edad: 15. Sexo: M (1) F (6) 16. Domicilio:
17. Teléfono: 18. Departamento: 19. Distrito:
20. Localidad/Barrio: 21. Urbano (1) Rural (6)
22. En caso de niños/as o adultos/as en situación de discapacidad favor registrar el nombre del tutor:

DIBUJAR EL CROQUIS PARA UBICAR LA VIVIENDA



DATOS CLÍNICOS

FIEBRE 23. Fecha de inicio:/...../..... 24. Cuenta con alguna prueba de laboratorio positiva? IgM () NS1 () Ninguna ()
25. Ambulatorio (1) 26. Fecha de la consulta:/...../..... 27. Hospitalizado (2) 28. Fecha de hospitalización:/...../.....
29. UCI Si (1) No (2) 30. Fecha de Ingreso a UCI:/...../.....
31. Fecha de toma de muestra:/...../.....

SÍNTOMAS	(1) Si	(6) No	(999) Ign	SINTOMAS	(1) Si	(6) No	(999) Ign	SIGNOS	(1) Si	(6) No	(999) Ign
32. Cefalea				43. Oligoanuria				49. Exantema			
33. Mialgias				44. Epistaxis				50. Shock			
34. Artralgias				45. Gingivorragia				51. Inyección conjuntival			
35. Dolor retro-ocular				46. Hemoptisis				52. Edema bpalpebral			
36. Prurito				47. Melena				53. Conjuntivitis			
37. Náuseas				48. Vómitos negros				54. Taquipnea			
38. Vómitos								55. Hepatomegalia			
39. Dolor abdominal continuo								56. Esplenomegalia			
40. Dolor abdominal intermitente								57. Alteración del sensorio			
41. Tos								58. Rigidez de nuca			
42. Disnea								59. Artritis			
								60. Petequias			
								61. Púrpura			
								62. Ictericia			

Otros:

Presión Arterial: 63. MIN. 64. MAX. 65. **Pulso:**/min. 66. **FR:**/min 67. **Prueba de lazo:** POS (1) NEG (6)

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

68. En el hogar del paciente ¿quién es el jefe/a del hogar?
(aclarar al entrevistado que "jefe/a del hogar" es aquella persona considerada como tal por los demás miembros del hogar, ya sea por su edad, por ser el principal sostén económico o moral o por cualquier otro motivo)
Marcar una sola opción: El/la paciente (1) Cónyuge (2) Padre o madre (3) Otro (4) No sabe/No Contesta (9)

69. ¿Cuál es el último nivel de estudio que completó el jefe/a del hogar?
Marcar una sola opción: Ninguno (1) Primaria o Enseñanza Escolar Básica (2) Secundaria o Enseñanza Media (3) Superior No Universitario (4) Superior Universitario (5) No sabe/No Contesta (9)

70. Ocupación 71. Lugar (Localidad) 72. Rural (1) Urbano (6)

73. Viajó durante los últimos 30 días? SI (1) NO (6) 74. Fecha:/...../..... 75. Lugar (Localidad)

76. Estuvo en el campo, monte? SI (1) NO (6) 77. Fecha:/...../..... 78. Lugar (Localidad)

79. Tuvo un cuadro similar anterior? SI (1) NO (6) 80. Fecha:/...../..... 81. Diagnóstico del cuadro anterior:
Paludismo (1) Dengue (2) Fiebre Amarilla (3) Leptospirosis (4) Hantavirus (5) 82. Otros:

83. Hay casos similares actualmente en su entorno? SI (1) NO (6) Ignora (999) 84. Vecindario (1) Trabajo (6)

85. Riesgo Social: Vive solo (1) Vive en área de difícil acceso a un centro hospitalar (2) Pobreza (3)

86. Condiciones co-existent: Embarazo (1) Diabetes (2) Inmunocompromiso (3) 87. Otros:

88. Vacuna anti amarilica: SI (1) NO (6) Ignora (999) 89. Fecha de vacunación:/...../.....



INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE FICHA - VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO

1. SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA:

Marca un solo diagnóstico: Utilizar las siguientes definiciones de **casos sospechosos** para esta sección: **Fiebre dengue:** paciente con enfermedad febril aguda con duración máxima de 7 días y con dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-orbital, mialgias, artralgias, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas y leucopenia, y que resida o haya estado en los últimos 15 días en zona con circulación de virus de dengue. Chikungunya: Símil Dengue pero con predominio de Artralgias, Artralgias graves y/o Artritis. Virus Zika: símil Dengue pero con predominio de rash, artralgia y conjuntivitis. **Fiebre amarilla:** paciente con cuadro febril agudo de inicio súbito hasta 7 días, residente o que estuvo en área con circulación viral (ocurrencia de casos humanos, epizootias o aislamiento viral en mosquitos), en los últimos 15 días, sin antecedentes de vacunación anti amarilica o con situación vacunal desconocida. **Hantavirus (Síndrome Pulmonar por Hantavirus – SPH). Para áreas Endémicas (Regiones Sanitarias XV, XVI y XVII):** Paciente previamente sano, con fiebre igual o mayor de 38° C y uno o más de los siguientes síntomas: mialgias, disnea o dificultad para respirar, náuseas, vómitos, tos, escalofríos, cefalea y dolor abdominal. **Leptospirosis:** aparición aguda de **fiebre de menos de 7 días de duración**, acompañada de mialgias, cefalea, y derrame conjuntival, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología aparente, seguido o no de ictericia, meningitis, nefropatía, neumonía, hemorragias. Individuo que presenta síntomas de proceso infeccioso inespecífico con uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos sugestivos 15 a 30 días antes del inicio del cuadro. 1. Exposición a inundaciones o inmersión en agua potencialmente contaminada. 2. Exposición a cloacas y pozos ciegos o fosas sépticas. 3. Actividades con riesgo ocupacional como recolección de basura, manejo de animales, agricultura en terreno fangoso. **Paludismo:** toda persona que presenta un cuadro febril y que reside o procede de área donde haya transmisión de paludismo o que haya recibido transfusión sanguínea en zonas endémicas del país (V Región Sanitaria o Caaguazú, X Región Sanitaria o Alto Paraná y XIV Región Sanitaria o Canindeyú) en un período de 8 a 30 días previo al inicio de los síntomas.

2. DATOS DEL NOTIFICANTE:

Institución: Nombre de la Institución/Establecimiento de Salud en donde el caso está siendo investigado. **Nombre del Notificante:** Nombre y apellido del personal de salud que completa la presente ficha. **N° de Historia Clínica:** Copiar el N° de historia clínica del paciente. **Fecha de notificación:** Fecha en que ingresa al sistema (Recordar que estas patologías son de NOTIFICACIÓN INMEDIATA).

3. DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre, edad, sexo: completar con los datos de la cédula de identidad en lo posible. **CI:** Número de cédula de identidad. **Domicilio: Localidad/Barrio:** Registrar detalladamente la dirección donde reside el paciente, para eventualmente ubicarlo. **Departamento: Distrito:** Registrar el lugar de residencia actual del paciente. Si pertenece a una zona con una población de 2.000 o más habitantes marcar con una cruz **Urbano**; por debajo de este número marcar **Rural**. En Paraguay todas las cabeceras distritales se consideran urbanas y el resto rural. (Anexo B4 Mercosur). **Teléfono:** Línea baja o celular, donde ubicar al paciente.

DIBUJAR EL CROQUIS PARA UBICAR LA VIVIENDA buscando lugares d referencia para localizar la vivienda.

4. DATOS CLÍNICOS:

Completar **Fecha de inicio de la fiebre**. Si cuenta o no con alguna prueba **laboratorial positiva** al momento de la consulta y/hospitalización, marcar el método: **IGM, NS1 o ninguna**.

Marcar con una X si el paciente está **Hospitalizado o Ambulatorio**. Completarla **Fecha de hospitalización**, la **Fecha de la consulta**. **Ingreso a UCI**. Marcar con una X **SI** o **NO**, en caso de afirmación completar la fecha de ingreso a UCI.

Marcar con una X en las columnas correspondientes para cada síntoma y signo, **SI** si lo presenta, **NO** si no lo presenta o **Ign** si no lo sabe.

Inyección conjuntival: Denominado también ojos rojos.

Tos, Disnea, Taquipnea: Respiración acelerada y superficial

Alteración del sensorio: Alteración de la conciencia con dificultad para centrar la atención

Presión arterial: se registra el valor mínimo y el valor máximo. **Pulso:**/min. **FR:**...../min: Frecuencia respiratoria por minuto.

5. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Jefe/a de hogar: preguntar y registrar quién es el jefe/a del hogar de la persona que representa el caso (en la pregunta utilizar concepto especificado entre paréntesis debajo de la pregunta. Marcar una sola opción.

Nivel de estudios completado por el jefe/a de hogar: preguntar y registrar sobre el nivel finalizado/completado por la persona identificada como jefe/a del hogar de la persona que representa el caso. Marcar una sola de las opciones

Ocupación: registrar a qué dedica su tiempo laboral, independientemente a la profesión.

Lugar de trabajo: Lugar o lugares donde realiza su actividad. **Viajó durante los últimos 30 días:** Si salió de su comunidad, indicar **la fecha y el lugar exacto**. Preguntar si el paciente **estuvo en el campo, monte, de campamento**; en caso afirmativo registrar **la fecha y el lugar**. Preguntar si **tuvo un cuadro similar anteriormente** para determinar si tuvo dengue, fiebre amarilla, hepatitis, leptospirosis, malaria, hantavirus; en caso afirmativo registrar **la fecha y el diagnóstico**. Preguntar si hay **casos similares actualmente en su entorno**; en caso afirmativo registrar **el lugar**. Se deberá investigar sobre el riesgo social, para lo cual preguntar si el paciente vive solo, si **vive en un lugar de difícil acceso a un centro hospitalar**, y vive en estado de **pobreza**. Preguntar sobre las siguientes condiciones co-existentes: **embarazo, diabetes, inmunocompromiso, otros**, en caso afirmativo marcar el que corresponda, dejar en blanco en caso negativo. Para otros especificar. Preguntar si el paciente recibió la **vacuna anti amarilica (si, no ignora)**. En caso afirmativo registrar la fecha.