FICHA DE NOTIFICACIÓN
INFECCION POR VIRUS ZIKA

Caso sospechoso: Paciente que presenta **erupción cutánea**, acompañado o no de elevación de la temperatura axilar(>37,2ºC) y uno o más de los siguientes síntomas: Artralgias o mialgias, Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, cefalea o malestar general.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido _____

Edad ☐ Años ☐ Meses ☐ Días Sexo F M C.I. N° _____

Domicilio _____

Depto _____ Distrito _____ Barrio _____

País _____ Tel. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ocupación ☐ Dirección trabajo o escuela _____

ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

En los 30 días previos al inicio de síntomas:

¿Realizó viajes? SI NO cuándo? Fecha: _____ Dónde? _____

Tuvo Dengue anterior? SI NO Año: _____ Tuvo Chikungunya anterior? SI NO Año: _____

Vacuna contra Fiebre Amarilla: SI NO Año: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS (Marcar solo si está presente)

Fecha inicio síntomas ☐ / /

Signos y síntomas

Erupción cutánea ☐ Inicio dentro de las 24 hs ☐ Más allá de las 48 hs ☐

Fiebre ☐ Conjuntivitis no purulenta ☐

Artralgias ☐ Mialgias ☐ Cefalea ☐ Malestar general ☐

¿Padece alguna enfermedad crónica? SI NO Cuál? _____

SOSPECHA EN MUJER EMBARAZADA= EMBARAZO DE ALTO RIESGO

FUM: ☐ / / Semanas de gestación _____ o Trimestre 1 2 3

Gestación N°: _____ Partos Vaginales N°: _____ Cesáreas N°: _____ Abortos N°: _____ Muertos: _____ Vivos: _____

DATOS DE LABORATORIO ETIOLOGICO

Estudios en los primeros 5 días:

RT-PCR (VIREMIA) SI ☐ NO ☐ Fecha de toma: ☐ / /

Resultado Zika Pos ☐ Neg ☐ Fecha de resultado ☐ / /

EVOLUCION O CONDICION AL EGRESO

Ambulatorio: SI NO Fecha de consulta ☐ / /

Hospitalizado: SI NO Fecha de hospitalización: ☐ / / Fecha de egreso ☐ / /

CIERRE DEL CASO: CLASIFICACION FINAL

SOSPECHOSO ☐

CONFIRMADO ☐

DESCARTADO ☐

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre del Notificante _____ telefono _____

Distrito _____ Establecimiento de Salud: _____

Región Sanitaria. _____ Fecha de notificación: ☐ / /