

**FICHA DE NOTIFICACIÓN
SINDROME NEUROLOGICO ASOCIADO A ZIKA**

Caso sospechoso: Toda persona que presenta debilidad simétrica de más de una extremidad, rápidamente progresiva, de comienzo distal y avance ascendente y, que cursa con disminución o pérdida de los reflejos osteotendinosos y, **con antecedentes de enfermedad eruptiva o febril** en las cuatro semanas previas al inicio de los síntomas neurológicos

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre del Notificante _____ Establecimiento de Salud: _____
 Distrito _____ Fecha de notificación: / /
 Región Sanitaria: _____

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 ? SI NO Tuvo Chikungunya ? SI NO
 Vacuna contra Fiebre Amarilla: SI NO
 Presentó algún cuadro infeccioso previo? SI NO Especificar: _____
 ¿Padece alguna enfermedad crónica? SI NO Cuál? _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS (Hasta 4 semanas antes del inicio de síntomas neurológicos)

Signos y síntomas
 Erupción cutánea SI NO Fecha de inicio: _____ Artralgias SI NO
 Fiebre SI NO Fecha de inicio: _____ Mialgias SI NO
 Conjuntivitis SI NO Fecha de inicio: _____ Diarrea SI NO
 Cuadro gripal SI NO Fecha de inicio: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Debilidad o Parálisis: Fecha de inicio: _____
 Afectación:
 • de pares craneanos: SI NO
 • Diafragma y músculos respiratorios SI NO
 Progresión Ascendente
 Descendente
 Otra
 Fiebre al inicio de la parálisis SI NO
 Signos meníngeos SI NO
 Dolores musculares SI NO
 Tiempo hasta la instalación completa _____ días

Características de la parálisis

Miembro afectado	Localización 1=Proximal 2=Distal 3=Ambos	Reflejos		Sensibilidad	
		1=Aumentado 3=Ausente	2=Disminuido 4=Normal	5=No evaluado	
Brazo derecho					
Brazo izquierdo					
Pierna derecha					
Pierna izquierda					

DATOS DE LABORATORIO

Citoquímico del LCR: Aspecto: _____ Leucocitos: _____/mm³
 Predominio: PMN _____ % MN _____ % Glucosa: _____ Proteínas _____
Estudios en los primeros 5 días de síntomas de infección por ZIKA:
 RT-PCR para ZIKA SI NO Fecha de toma: / /
 Material: Sangre SI NO Resultado: _____ Fecha de resultado: / /
 LCR SI NO Resultado: _____ Fecha de resultado: / /
 Orina SI NO Resultado: _____ Fecha de resultado: / /
Estudios con mas de 5 días de síntomas de infección por ZIKA:
 RT-PCR para ZIKA: de Orina SI NO de LCR: SI NO
 Serología (1ª Muestra) SI NO Fecha de toma de muestra: / / Resultado: _____
 Serología (2ª Muestra) SI NO Fecha de toma de muestra: / / Resultado: _____

EVOLUCION O CONDICION AL EGRESO

Ambulatorio: SI NO Fecha de consulta: / /
 Hospitalizado: SI NO Fecha de hospitalización: / /
 UCI: SI NO ARM SI NO
 Egreso: Alta SI NO Fecha de Alta o Fallecido: / /
 Fallecido SI NO Causa Básica de defunción: _____
 Tratamiento: Gamaglobulina: SI NO Dosis: _____

CIERRE DEL CASO: CLASIFICACION FINAL

Síndrome Neurológico asociado a Zika
 Sospechoso
 Probable
 Confirmado
 Descartado

