



Definición de caso

Caso sospechoso: síndrome respiratorio febril agudo con cefalea y neumonía con antecedentes de contacto o exposición a aves.

Caso probable: caso sospechoso con demostración de anticuerpos por las técnicas de inmunofluorescencia indirecta. Otra técnica es la reacción de fijación de complemento.

Caso confirmado: paciente sospechoso o probable con resultado positivo de al menos uno de los cuatro métodos de laboratorio: citodiagnóstico, inmunofluorescencia directa -IFD-, test de ELISA e inmunocromatografía

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
 Apellido y Nombre del Profesional: _____
 Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
 Urbano Rural Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de los síntomas ____/____/____. Fecha de consulta ____/____/____

Fecha de internación ____/____/____

Astenia	<input type="checkbox"/>	Bradycardia	<input type="checkbox"/>	Disnea	<input type="checkbox"/>	Sind. Meníngeo	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	Alteración sensorio	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Expectoración	<input type="checkbox"/>		
Mialgia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>		

Radiología _____

Otros Signos y observaciones: _____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana Periurbano Rural Silvestre

Estuvo en contacto con:

aves sanas SI NO Cuál? _____ aves enfermas SI NO Cuál?. _____

Dónde? Casa Campo Otro.. _____

Lugar de compra: Ambulante Feria Pajarería Veterinaria Otro . _____

Dirección: _____

Estuvo en contacto con personas con síntomas similares? SI NO Cuando? _____

Quiénes? _____



5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de 1º muestra. ____/____/____. Material remitido: _____
Método: _____ Resultado: _____
Fecha de 2º muestra. ____/____/____. Material remitido: _____
Método: _____ Resultado: _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Individual Tratamiento..... SI NO Droga _____
Quimioprofilaxis..... SI NO Droga. _____
Nº de personas con quimioprofilaxis indicadas _____

Comunitaria

-Vigilancia clínica y serológica del grupo familiar y/o personas con riesgo similar SI NO

-Investigación de contactos y fuente de infección SI NO

-Realizar eutanasia de aves sospechosas con posterior envío a laboratorio SI NO

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____
Alta sin secuelas Alta con secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido
Diagnóstico final _____ Laboratorio Nexo epidemiológico

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico