

# SINDROME FEBRIL AGUDO INESPECIFICO (SFAI)

FICHA DE NOTIFICACIÓN Y PEDIDO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

ENERO 2016

Secretaría  
de Gobierno  
de Salud



Ministerio de Salud  
y Desarrollo Social  
Presidencia  
de la Nación

**Definición de caso sospechoso:** Todo paciente que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 45 días) fiebre aguda -de menos de siete (7) días de duración- mialgias o cefalea, 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	
Hantaviriosis		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 anti amarillica SI  NO  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

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

**EVOLUCION DEL CASO A LA FECHA**

Condición de Egreso: Vivo  Muerto

Fecha del alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de defunción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recibió tratamiento previo a la toma de muestra: Si ( ) No ( ) Ignora ( ). Cual: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Firma del médico: \_\_\_\_\_