



DEFINICIÓN DE CASO	Caso sospechoso: toda persona que presente o haya presentado fiebre y alguno de los siguientes antecedentes epidemiológicos: • Contacto con caso de EVE en los 21 días previos a la aparición de síntomas. • Antecedente de viaje a regiones con transmisión activa de virus del Ébola durante los 21 días previos a la aparición de síntomas. • Contacto directo con restos humanos o muestras de laboratorio recolectadas de casos sospechosos de EVE durante los 21 días previos a la aparición de los síntomas. Para visualizar la lista actualizada de países con transmisión activa dirigirse a https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b6e1e783-91c3-43c8-ab90-16ceaa9948f0/content																		
IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR	Establecimiento notificador: _____ Localidad: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Fecha de notificación: ____/____/____ Datos del notificador: _____ Tel. celular: _____																		
DATOS DEL MÉDICO	Apellido: _____ Nombre: _____ Tel. celular: _____ Correo electrónico: _____ Firma y sello (o número de matrícula): _____																		
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Apellido y nombre: _____ Tipo / N° documento/pasaporte: _____ Nacionalidad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: _____ Lugar de residencia / Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____ Calle / Manzana: _____ N° Casa: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Cód. Postal: _____ Barrio/Villa/Asentamiento: _____ Teléfono: _____																		
INFORMACIÓN CLÍNICA	Fecha de Inicio de los síntomas (FIS): ____/____/____ Embarazada: SÍ NO Fecha de 1ª consulta: ____/____/____ Establecimiento de 1ª consulta: _____ Sintomático SÍ NO Signos y Síntomas, Consignar según corresponda: <table border="1"><tr><td>Fiebre (.... 38°C)</td><td></td><td>Cefalea intensa</td><td></td><td>Fatiga</td><td></td></tr><tr><td>Dolor muscular</td><td></td><td>Dolor abdominal</td><td></td><td>Diarrea</td><td></td></tr><tr><td>Hemorragia</td><td></td><td>Vómitos</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Otros: _____ Fecha de internación: ____/____/____ Establecimiento de internación: _____ Terapia Intensiva: SÍ NO Fecha internación UTI: ____/____/____ Fecha alta UTI: ____/____/____ Requerimiento de ARM: SÍ NO Fecha: ____/____/____ Fallecido: SÍ NO Fecha de alta: ____/____/____	Fiebre (.... 38°C)		Cefalea intensa		Fatiga		Dolor muscular		Dolor abdominal		Diarrea		Hemorragia		Vómitos			
Fiebre (.... 38°C)		Cefalea intensa		Fatiga															
Dolor muscular		Dolor abdominal		Diarrea															
Hemorragia		Vómitos																	
TRATAMIENTO	Tratamiento específico: SÍ NO Especificar: _____ Desde: ____/____/____ Desde: ____/____/____																		



ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICO	<table><tr><td>Caso bajo riesgo</td><td></td><td>Personal de salud</td><td></td><td>Miembro de ONG de ayuda humanitaria/religiosa</td><td></td></tr><tr><td>Contacto alto riesgo</td><td></td><td>Contacto con caso sosp. o conf. de EVE 21 días previos inicio síntomas</td><td></td><td>Contacto muestra laboratorio EVE 21 días previos inicio síntomas</td><td></td></tr><tr><td>Miembro de Fuerza de seguridad</td><td></td><td>Contacto con un animal infectado con EVE 21 días previos FIS</td><td></td><td>Contacto con restos humanos infectados por EVE 21 días previos FIS</td><td></td></tr></table>				Caso bajo riesgo		Personal de salud		Miembro de ONG de ayuda humanitaria/religiosa		Contacto alto riesgo		Contacto con caso sosp. o conf. de EVE 21 días previos inicio síntomas		Contacto muestra laboratorio EVE 21 días previos inicio síntomas		Miembro de Fuerza de seguridad		Contacto con un animal infectado con EVE 21 días previos FIS		Contacto con restos humanos infectados por EVE 21 días previos FIS			
	Caso bajo riesgo		Personal de salud		Miembro de ONG de ayuda humanitaria/religiosa																			
	Contacto alto riesgo		Contacto con caso sosp. o conf. de EVE 21 días previos inicio síntomas		Contacto muestra laboratorio EVE 21 días previos inicio síntomas																			
	Miembro de Fuerza de seguridad		Contacto con un animal infectado con EVE 21 días previos FIS		Contacto con restos humanos infectados por EVE 21 días previos FIS																			
Otros: _____																								
ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN	Vacuna Candid #1 (FHA): Sí NO Fecha: ____/____/____																							
	Vacuna contra Fiebre amarilla: Sí NO Fecha: ____/____/____																							
ANTECEDENTE DE VIAJE	Vacuna antileptospirosis: Sí NO Fecha: ____/____/____																							
	¿Viajó durante los últimos 45 días? NO SI Destino/s: Fecha de viaje ____/____/____ Fecha de regreso ____/____/____ Ingreso por vía: <table><tr><td>Aerea</td><td></td><td>Terrestre</td><td></td><td>Marítima/Fluvial</td><td></td></tr></table>						Aerea		Terrestre		Marítima/Fluvial													
Aerea		Terrestre		Marítima/Fluvial																				
LABORATORIO	Establecimiento de toma de muestra:																							
	<table><tr><td>Tipo de muestra</td><td>Fecha de toma de muestra</td><td>Determinación</td><td>Técnica</td><td>Resultado</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Tipo de muestra	Fecha de toma de muestra	Determinación	Técnica	Resultado													
	Tipo de muestra	Fecha de toma de muestra	Determinación	Técnica	Resultado																			
Establecimiento de derivación: Fecha de derivación: ____/____/____																								
SOSPECHA CLÍNICA	¿Fue estudiado para otras patologías vinculadas a SFAI?: Sí NO																							
	<table><tr><td>Fiebre amarilla</td><td></td><td>Dengue</td><td></td><td>Paludismo</td><td></td></tr><tr><td>Hantaviriosis</td><td></td><td>FHA</td><td></td><td>Leptospirosis</td><td></td></tr><tr><td>Otros arbovirus</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Fiebre amarilla		Dengue		Paludismo		Hantaviriosis		FHA		Leptospirosis		Otros arbovirus					
	Fiebre amarilla		Dengue		Paludismo																			
	Hantaviriosis		FHA		Leptospirosis																			
Otros arbovirus																								
Otros: _____																								

Comentarios:



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE, TUTOR O FAMILIAR A CARGO, ETC.:

Se me explicó que mi condición de salud se corresponde con el diagnóstico probable de _____; y se me sugirió que la extracción de sangre, punción lumbar, orina,es el procedimiento más adecuado para diagnosticar este problema.

También se me informó en qué consiste la toma de la muestra, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente.

Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves.

Se me explicó que el diagnóstico puede tener implicancias para la salud pública y que la información obtenida del mismo puede ser utilizada para acciones de prevención y control de enfermedades en la población. Así mismo y por este mismo motivo, de no llegarse a un diagnóstico luego de estudiarse para la principal sospecha clínica, podrá utilizarse la muestra para continuar los estudios con el fin de arribar al diagnóstico.

Por eso yo:

Apellido y nombre: _____ DNI N°: _____

Doy mi consentimiento para la toma de la muestra y la realización de pruebas diagnósticas _____

No acepto que se me realice de la toma de la muestra y la realización de pruebas diagnósticas _____

Lugar y fecha

Firma y aclaración del/la paciente

Firma y aclaración del representante legal
(en caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y sello del/los profesionales intervinientes