

# ENFERMEDAD POR VIRUS DEL ÉBOLA (EVE)

FICHA DE NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

Secretaría  
de Gobierno  
de Salud



Ministerio de Salud  
y Desarrollo Social  
Presidencia  
de la Nación

**Definición de caso sospechoso:** Todo paciente que presente o haya presentado fiebre y alguno de los siguientes antecedentes epidemiológicos: contacto con caso confirmado de EVE en los 21 días anteriores 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; o 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 <http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/en/>

ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR					
Estab. notificador:	Fecha de Notificación:	Día	Mes	Año	
Provincia:	Departamento:				
Localidad:	Teléfono:				
DATOS DEL MÉDICO					
Apellido	Nombre				
Tel. Celular:	Correo electrónico:				
Firma y sello (o número de matrícula)					
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido	Nombre				
DNI °	Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	
Edad	Sexo:	V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		
Prov. de residencia habitual:	Departamento:				
Localidad:	Calle	Nº			
Teléfono	Teléfono 2				
Comentarios					
DATOS CLINICOS					
Fecha inicio de la fiebre:	Día ___/Mes ___/Año ___	Fecha de consulta:	Día	Mes	Año
Ambulatorio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de internación	Día	Mes	Año
Fallecido <input type="checkbox"/>	Fecha de defunción:		Día	Mes	Año
Fiebre (... 38°C) <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal intenso <input type="checkbox"/>	Shock hipovolémico <input type="checkbox"/>			
Cefalea <input type="checkbox"/>	Insuficiencia respiratoria <input type="checkbox"/>	Transaminasas altas <input type="checkbox"/>			
Mialgia <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Trombocitopenia <input type="checkbox"/>			
Odinofagia <input type="checkbox"/>	Petequias <input type="checkbox"/>	Leucopenia <input type="checkbox"/>			
Diarrea <input type="checkbox"/>	Hemorragia <input type="checkbox"/>	Proteinuria <input type="checkbox"/>			
Fallo multiorgánico <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Especificar:			
<b>TRATAMIENTO ESPECÍFICO</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especificar Tto.	Desde		Hasta	
	Especificar Tto.	Desde		Hasta	
	Especificar Tto.	Desde		Hasta	
Notificado a través del módulo C2 del SNVS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
<b>Evolución:</b>					

El presente documento se enmarca en la ley 15465 de Enfermedades de Notificación Obligatoria. ARTÍCULO 4º - Están obligados a la notificación: a) El médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver; b) El médico veterinario, cuando se trate, en los mismos supuestos, de animales; c) El laboratorista y el anatomopatólogo que haya realizado exámenes que comprueben o permitan sospechar la enfermedad.

Los casos deberán ser notificados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud en los módulos clínico (C2) y de laboratorio (SIVILA). Ante todo caso sospechoso deberá adelantarse telefónicamente a la autoridad sanitaria inmediata superior.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS										
Caso aislado	<input type="checkbox"/>	Contacto: estrecho	<input type="checkbox"/>	Casual	<input type="checkbox"/>	Potencial	<input type="checkbox"/>			
Personal de salud	<input type="checkbox"/>	Miembro de ONG de ayuda humanitaria/religiosa	<input type="checkbox"/>							
Miembro de Fuerza de seguridad	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Especificar						
Comentarios										
ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN										
Anti FHA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Día	Año	Anti LEPTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Día	Mes	Año
Anti FA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Día	Año						
ANTECEDENTES DE VIAJE e ITINERARIO										
En el extranjero					En Argentina					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Ingresó por vía: Aerea <input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Marítima/Fluvial <input type="checkbox"/>			Provincia	Departamento	Desde	Hasta				
País	Desde	Hasta								
Comentarios										
MUESTRAS DE LABORATORIO										
Tipo de muestra		Fecha de toma de la muestra	Día	Mes	Año					
Notificada a través del SIVILA-SNVS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha derivación	Día	Mes	Año					
Fue estudiado para otras patologías vinculadas a SFAI? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/>	Paludismo	<input type="checkbox"/>						
	Hantavirus	<input type="checkbox"/>	Leptospirosis	<input type="checkbox"/>						
	Dengue	<input type="checkbox"/>	Otros arbovirus	<input type="checkbox"/>						
	FHA	<input type="checkbox"/>	Otra (especificar)	<input type="checkbox"/>						
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