

SINDROME FEBRIL AGUDO INESPECIFICO (SFAI)

FICHA DE NOTIFICACIÓN Y PEDIDO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

NOVIEMBRE 2023



Ministerio de Salud
Argentina

Definición de caso sospechoso: Toda persona 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 de la persona

IDENTIFICACION DE LA PERSONA: Apellido y nombre

Fecha de nacimiento Edad: Sexo legal: M F NB Sexo al nacer: M F Indeterminado
Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans
Ocupación _____ Otro _____

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:

Persona gestante

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 PROFESIONAL DE LA SALUD: Apellido y nombre _____

Tel. Celular: _____ Correo electrónico: _____

Firma profesional de la salud: _____