

VIGILANCIA DE ARBOVIROSIS

DATOS DEL NOTIFICANTE		
Institución notificante:		
Fecha de notificación: / /	Nombre del notificante:	
DATOS DEL PACIENTE		
CI N°:	Nombres y apellidos:	Edad:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: M () F ()	Tel:
Departamento:	Distrito:	Localidad/Barrio:
Dirección (calles/referencia):		N°:
Coordenadas	X (.....) Y (.....)	
Comorbilidad/Fact. Riesgo	SI () NO ()	Cuál:
Fiebre SI () NO ()	Referida () Graduada () Temp. ()°C	Fecha de inicio de síntomas o fiebre: / /
Hospitalizado	SI () NO ()	Fecha de hospitalización: / / Lugar:
Fallecido/Óbito	SI () NO ()	Fecha de fallecido/Óbito: / /
Viajó durante los últimos días	SI () NO () Lugar:	Fecha de retorno al país: / /
Hay casos similares actualmente en su entorno	SI () NO ()	
SOSPECHA DENGUE ()		
Persona que presente fiebre, de menos de 7 días de duración acompañada de 2 o más de las siguientes manifestaciones: náuseas/vómitos, exantema, cefalea/dolor retro orbitario, mialgias/artralgias, manifestaciones hemorrágicas, leucopenia, cualquier signo de alarma, cualquier criterio de gravedad de dengue.		
Pediatría: cuadro febril agudo, de 2 a 7 días de duración sin signos de focalización aparente.		
Dengue sin signos de alarma ()	Dengue con signos de alarma ()	Dengue grave ()
Náuseas ()	Dolor abdominal intenso y continuo ()	Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave ()
Vómitos ()	Dolor a la palpación del abdomen ()	Sangrado grave ()
Exantema ()	Vómitos persistentes ()	Daño grave de órganos ()
Cefalea ()	Acumulación de líquidos ()	
Dolor retro orbital ()	Sangrado activo de mucosas ()	
Mialgia ()	Irritabilidad o somnolencia ()	
Artralgia ()	Hepatomegalia ()	
Petequias ()	Aumento progresivo del hematocrito ()	
Leucopenia ()	Hipotensión ()	
Laboratorio DENGUE ()		
Toma de muestra del servicio	SI () NO ()	Fecha de toma de muestra: / /
Resultado Ns1 Pos () Neg ()	IgM Pos () Neg ()	IgG Pos () Neg ()
Laboratorio de Ref. Nac.		
Resultado Ns1 Pos () Neg ()	IgM Pos () Neg ()	IgG Pos () Neg ()
PCR Pos () Neg ()	Tipo de muestra:	
SOSPECHA DE CHIKUNGUNYA ()		
Persona que presenta fiebre y artralgia o artritis incapacitante de inicio súbito no explicada por otra condición.		
Lactantes menores: fiebre, irritabilidad, erupción cutánea y/o edema peri articular		
Artritis ()		
Artralgia ()		
Edema o tumefacción periarticular ()		
Erupción cutánea ()		
Laboratorio CHIKUNGUNYA		
Toma de muestra del servicio	SI () NO ()	Fecha de toma de muestra / /
Resultado	IgM Pos () Neg ()	IgG Pos () Neg ()
Laboratorio de Ref. Nac.		
Resultado	IgM Pos () Neg ()	IgG Pos () Neg ()
PCR Pos () Neg ()	Tipo de muestra:	
SOSPECHA DE ZIKA ()		
Persona que presenta erupción cutánea acompañado de 2 o más de los siguientes síntomas: fiebre, artralgias, mialgias - conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival - Edema peri articular		
Erupción o rash ()	Fecha de inicio de la erupción o rash / /	
Prurito ()	Hiperemia conjuntival ()	Edema periarticular ()
Laboratorio ZIKA		
Toma de muestra del servicio	SI () NO ()	Fecha de toma de muestra / /
Resultado	IgM Pos () Neg ()	IgG Pos () Neg ()
Laboratorio de Ref. Nac.		
Resultado	IgM Pos () Neg ()	IgG Pos () Neg ()
PCR Pos () Neg ()	Tipo de muestra:	
Sospecha otra Arbovirosis	Cuál:	

DATOS DEL NOTIFICANTE:

Institución notificante: Nombre de la Institución/Establecimiento de Salud en donde el caso está siendo investigado. **Fecha de notificación:** Fecha en que ingresa al sistema (Recordar que estas patologías son de NOTIFICACIÓN INMEDIATA). **Nombre del notificante:** Nombre y apellido del personal de salud que completa el presente documento/ficha.

DATOS DEL PACIENTE:

Cédula de Identidad: Número de cédula de identidad. **Nombres y apellidos, Edad, Fecha de Nacimiento, Sexo:** completar con los datos de la cédula de identidad **en lo posible**. **Teléfono:** Número de teléfono para contactar con el sospechoso y/o responsable del mismo. Línea baja o celular, donde ubicar al paciente. **Departamento, Distrito, Localidad/Barrio, Dirección (calles/referencia), N° de vivienda:** Registrar detalladamente la dirección donde reside el paciente, para eventualmente ubicarle.

Coordenadas: registrar la ubicación georreferenciada con la aplicación Google maps o GPS disponible.

DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE:

Comorbilidad/Fact. Riesgo: Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **Cuál:** en el caso de que la respuesta sea SI, describir la comorbilidad y/o factor de riesgo. **Fiebre:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **Referida o Graduada** Marcar con una X si es referida o graduada. **Temp. (°C):** Registrar temperatura.

Fecha de inicio de síntomas o fiebre: campo obligatorio que se registra en formato de fecha DD/MM/AA. **Hospitalizado:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación en el caso de que la respuesta sea SI, escribir la **Fecha de hospitalización:** en formato de fecha DD/MM/AA y **Lugar:** describir servicio donde se encuentra hospitalizado. **Fallecido/Óbito:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **Fecha de fallecido/Óbito:** registrar en formato de fecha DD/MM/AA de **fallecido/Óbito** según certificado de defunción. **Viajó durante los últimos 15 días:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. Fecha: registrar en formato de fecha DD/MM/AA de viaje. **Lugar:** Describir la zona de viaje. **Hay casos similares actualmente en su entorno:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación, que identifica el **nexo epidemiológico**.

SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA:

Marca un solo diagnóstico: Utilizar las siguientes definiciones de casos sospechosos, marcar los síntomas correspondientes con una (X):

SOSPECHA DENGUE: Persona que presente fiebre, de menos de 7 días de duración acompañada de 2 o más de las siguientes manifestaciones: náuseas/ vómitos, exantema, cefalea/dolor retro orbitario, mialgias/artralgias, manifestaciones hemorrágicas, leucopenia, cualquier signo de alarma, cualquier criterio de gravedad de dengue. Pediatría: cuadro febril agudo, de 2 a 7 días de duración sin signos de focalización aparente:

Dengue sin signos de alarma, Náuseas, Vómitos, Exantema, Cefalea, Dolor retro orbital, Mialgia, Artralgia, Petequias y Leucopenia.

Dengue con signos de alarma, Dolor abdominal intenso y continuo, Dolor a la palpación del abdomen, Vómitos persistentes, Acumulación de líquidos, Sangrado activo de mucosas, Irritabilidad o somnolencia, Hepatomegalia, Aumento progresivo del hematocrito, Hipotensión.

Dengue grave según los siguientes síntomas: Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave, Sangrado grave, Daño grave de órganos.

SOSPECHA DE CHIKUNGUNYA: Persona que presenta fiebre y artralgia o artritis incapacitante de inicio súbito no explicada por otra condición. Lactantes menores: fiebre, irritabilidad, erupción cutánea y/o edema periarticular. Artritis, Artralgia, Edema o tumefacción periarticular, Erupción cutánea.

SOSPECHA DE ZIKA: Persona que presenta erupción cutánea acompañado de 2 o más de los siguientes síntomas: fiebre, artralgias, mialgias - conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival - Edema periarticular, Erupción o rash, Fecha de inicio de la erupción o rash, Prurito, Hiperemia conjuntival, Edema periarticular.

DATOS DE LABORATORIO

DENGUE

Toma de muestra del servicio: Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación de toma de muestra en el servicio. **Fecha de toma de muestra:** registrar en formato de fecha DD/MM/AA que se le extrae la muestra. **Resultado Ns1 Positivo o Negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **IgM Positivo o Negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **IgG Postivo o Negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **Laboratorio de Referencia Nacional:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación de toma de muestra remitida al laboratorio de referencia nacional. Fecha de toma de muestra: registrar en formato de fecha DD/MM/AA que se le extrae la muestra. **Resultado Ns1 Positivo o Negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **IgM Positivo o Negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **IgG Positivo o negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **PCR:** Positivo o negativo: Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **Tipo de muestra:** Suero, LCR otros.

CHIKUNGUNYA

Toma de muestra del servicio: Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación de toma de muestra en el servicio. **Fecha de toma de muestra:** registrar en formato de fecha DD/MM/AA que se le extrae la muestra. **Resultado IgM Positivo o Negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **IgG Positivo o negativo:** Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación. **PCR: Positivo o negativo: Marcar con una X SI o NO, en caso de afirmación.** Tipo de muestra: suero y otros.

Sospecha de arbovirosis: identificar otra sospecha de arbovirosis que no sea Dengue, Chikungunya, Zika, Fiebre amarilla y referir cual es.