



Definición de caso

caso sospechoso de chagas agudo: Persona de cualquier edad y sexo con síndrome febril prolongado, más la presencia de otro síntoma específico o inespecífico (esplenomegalia o chagoma) y sea residente o haya estado en zona endémica en los últimos 12 meses, tenga antecedentes de contacto con sangre (transfusiones, drogadicción IV, accidentes de trabajo) u otro material biológico en los últimos 12 meses o edad menor que 12 meses hijo de madre positiva.

Caso sospechoso de chagas agudo: Recién nacido hijo de madre con serología positiva para Chagas

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
Apellido y Nombre del Profesional: _____
Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐ DNI: _____
Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
Urbano ☐ Rural ☐ Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de la fiebre ____/____/____. Fecha de consulta ____/____/____

EXAMEN FÍSICO (colocar datos positivos, de lo contrario escribir normal)

Cabeza y cuello (mucosa y esclerótica): _____
Ap Respiratorio: _____
Ap Locomotor: _____
Ap Neurológico: _____
Ganglios: _____
Abdomen (hígado y bazo): _____

DATOS CHAGAS CONGENITO

Peso al nacer.....grs Nació a término? ? SI ☐ NO ☐ Meses de gestación.....semanas
Lactancia materna? SI ☐ NO ☐ Sind febril prolongado ☐ Convulsiones ☐ Diarrea prolongada ☐
Adenopatías ☐ Anemias ☐ Hepatoesplenomegalia ☐ Coriza ☐ Edemas ☐
Otros _____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Dónde vivió los primeros 15 años? _____
Tipo de vivienda de esos años: Pared: Adobe ☐ Ladrillo ☐ Revocado ☐ Techo: Paja ☐ Otros ☐
Tuvo vinchucas? SI ☐ NO ☐ N/S ☐
Tipo de vivienda actual: Pared: Adobe ☐ Ladrillo ☐ Revocado ☐ Techo: Paja ☐ Otros ☐
Tiene vinchucas? SI ☐ NO ☐ N/S ☐
Recibió transfusiones de sangre? SI ☐ NO ☐
La madre es chagásica? SI ☐ NO ☐ N/S ☐
Recibió o donó órganos? SI ☐ NO ☐ Fecha cirugía ____/____/____



ANTECEDENTES

Enfermedades previas (edad que las padeció): _____

Sospecha de chagas aguda actual SI ☐ NO ☐

En el pasado? SI ☐ NO ☐ N/S ☐

Chagomas ☐ Exantemas ☐ Alteraciones cardiovasculares ☐ Sind febril prolongado ☐

Convulsiones. ☐ Diarrea prolongada ☐ Adenopatías ☐ Anemias ☐ Hepatoesplenomegalia ☐

Otros: _____

SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

Chagas agudo ☐ Chagas congénito ☐ Otro: _____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

BUSQUEDA DEL PARASITO EN SANGRE

Fecha de muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

Fecha de muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

Fecha de muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

SEROLOGIA

Fecha de la 1ª muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

Fecha de la 2º muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

Fecha de la 3º muestra: ____/____/____ Resultado: _____ Método: _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Tratamiento indicado al paciente: _____

Droga utilizada para el tratamiento: _____ Cantidad utilizada (Dosis): _____

Identificación de contactos o expuestos: Si ☐ No ☐ N° de contactos o expuestos identificados: _____

(según norma)

N° de contactos positivos: _____

Control con insecticidas: Si ☐ No ☐ N° de viviendas tratadas: _____

Insecticida utilizado: _____ Cantidad aplicada: _____

Otros controles realizados: _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ Fecha hospitalización: ____/____/____

Condición del alta: _____ Fecha del alta: ____/____/____

Clasificación final: Chagas Agudo Si ☐ No ☐ Chagas Congénito Si ☐ No ☐

IMPORTANTE:

- 1) Recién nacido de madre chagásica: **realizar microstrout**: si es (+) iniciar tratamiento, si es (-) **realizar serología nuevamente a los 6 meses de vida**: si es (+) confirmado por 2 técnicas, iniciar tratamiento.
- 2) Iniciar tratamiento a todo **menor de 15 años con serología (+)** confirmado por 2 o más técnicas.
- 3) Iniciar tratamiento a todo **mayor de 15 años con sospecha de chagas agudo**, clínica o confirmado por laboratorio.
- 3) Solicitar (presentado esta ficha, la edad y el peso de paciente) el medicamento para el tratamiento adecuado

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico