



**Definición de caso**

**Caso sospechoso:** síndrome respiratorio febril agudo con cefalea y neumonía con antecedentes de contacto o exposición a aves.

**Caso probable:** caso sospechoso con demostración de anticuerpos por las técnicas de inmunofluorescencia indirecta. Otra técnica es la reacción de fijación de complemento.

**Caso confirmado:** paciente sospechoso o probable con resultado positivo de al menos uno de los cuatro métodos de laboratorio: citodiagnóstico, inmunofluorescencia directa -IFD-, test de ELISA e inmunocromatografía

**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 los síntomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Fecha de consulta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de internación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Astenia	<input type="checkbox"/>	Bradycardia	<input type="checkbox"/>	Disnea	<input type="checkbox"/>	Sind. Meníngeo	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	Alteración sensorio	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Expectoración	<input type="checkbox"/>		
Mialgia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>		

Radiología \_\_\_\_\_

Otros Signos y observaciones: \_\_\_\_\_

**4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

Ocupación de riesgo: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: Urbana  Periurbano  Rural  Silvestre

Estuvo en contacto con:

aves sanas SI  NO  Cuál? \_\_\_\_\_ aves enfermas SI  NO  Cuál?. \_\_\_\_\_

Dónde? Casa  Campo  Otro.. \_\_\_\_\_

Lugar de compra: Ambulante  Feria  Pajarería  Veterinaria  Otro . \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Estuvo en contacto con personas con síntomas similares? SI  NO  Cuando? \_\_\_\_\_

Quiénes? \_\_\_\_\_



**5. EXAMENES DE LABORATORIO**

Fecha de 1º muestra. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Material remitido: \_\_\_\_\_  
 Método: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_  
 Fecha de 2º muestra. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Material remitido: \_\_\_\_\_  
 Método: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

**6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION**

**Individual** Tratamiento..... SI  NO Droga \_\_\_\_\_  
 Quimioprofilaxis..... SI  NO Droga. \_\_\_\_\_  
 N° de personas con quimioprofilaxis indicadas \_\_\_\_\_

**Comunitaria**

-Vigilancia clínica y serológica del grupo familiar y/o personas con riesgo similar SI  NO   
 -Investigación de contactos y fuente de infección SI  NO   
 -Realizar eutanasia de aves sospechosas con posterior envío a laboratorio SI  NO

**7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO**

Paciente Hospitalizado: Si  No  Se ignora  Fecha hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Alta sin secuelas  Alta con secuelas  Fallecido  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Desconocido   
 Diagnóstico final \_\_\_\_\_ Laboratorio  Nexo epidemiológico

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico