HOSPITAL HANGA ROA

FICHA DE VIGILANCIA DE FEBRILES HOSPITAL HANGA ROA

SEREMI DE SALUD: REGION DE VALPARAISO OF.PROVINCIAL ISLA DE PASCUA
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE
ESTABLECIMIENTO HOSPITAL HANGA ROA

IDENTIFICACION DEL CASO (USO EXCLUSIVO PERSONAL URGENCIA)

APELLIDO PATERNO: _____
APELLIDO MATERNO_____
NOMBRES: _____
RUT: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| SEXO: ( ) H ( ) M
FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__/ EDAD: |__|__| AÑO|__|__|MESES
DIRECCION_____ REFERENCIA: _____
COMUNA: _____
TELEFONO: _____
OCUPACION: _____
(DESCRIBIR JARDIN O COLEGIO Y CURSO SI CORRESPONDE)

CUADRO CLINICO (USO EXCLUSIVO MEDICO URGENCIA)

FECHA CONSULTA : __|__|__| FECHA 1º DIA FIEBRE: __|__|__| Tº: ____
HOSPITALIZACION: SI ( ) NO ( ) FECHA DE HOSPITALIZACION: __|__|__|
FALLECIDO: SI ( ) NO ( ) FECHA DE FALLECIMIENTO: __|__|__|

	SI	NO		SI	NO
FIEBRE	|__|	|__|	DOLOR RETROORBITARIO	|__|	|__|
ESCALOFRIOS	|__|	|__|	COMPROMISO DE CONCIENCIA	|__|	|__|
SUDORACION	|__|	|__|	MANIFESTACIONES HEMORRAGICAS	|__|	|__|
CEFALEA	|__|	|__|	PETEQUIAS	|__|	|__|
MIALGIA, ARTRALGIA	|__|	|__|	ERUPCION CUTANEA	|__|	|__|
INYECCION CONJUNTIVAL	|__|	|__|	SINTOMAS RESPIRATORIOS	|__|	|__|
DIARREA	|__|	|__|	SHOCK	|__|	|__|
NAUSEAS, VOMITOS	|__|	|__|	ICTERICIA	|__|	|__|
CONVULSIONES GENERALIZADAS	|__|	|__|	COMPROMISO RENAL	|__|	|__|
DIFICULTAD RESPIRATORIA	|__|	|__|	DOLOR ABDOMINAL	|__|	|__|

OTROS_____

INFLUENZA		ADENOVIRUS		CONSIGNAR (+),(-),
VIRUS RESP.SINCICIAL		ROTAVIRUS		N/R (NO REALIZADO)

DIAGNOSTICO: _____
MEDICO TURNO: _____

INFORMACION DE LABORATORIO (USO EXCLUSIVO DE LABORATORIO)

FECHA TOMA DE MUESTRA PCR: __/__/__/ FECHA TOMA DE MUESTRA IgM: __/__/__/
PROCESAMIENTO SEROLOGIA (IgM) LOCAL (HHR): SI_____ NO_____
FECHA __/__/__/ RESULTADO: _____
FECHA ENVIO PCR AL ISP: __/__/__/ FECHA ENVIO MUESTRA IgM AL ISP: __/__/__/
SEROLOGIA ISP: SI_____ NO_____ FECHA: __/__/__/ RESULTADO: _____
PCR ISP: SI_____ NO_____ FECHA: __/__/__/ RESULTADO:_____

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA (USO EXCLUSIVO MEDICO URGENCIA)

VIVE EN ISLA DE PASCUA: SI ( ) NO ( )
VIAJE FUERA DE ISLA DE PASCUA: SI ( ) NO ( ) LUGAR:_____
FECHA SALIDA: __/__/__/ FECHA LLEGADA: __/__/__/
VIAJE RECIENTE EXTRANJERO: SI ( ) NO ( ) PAIS_____
FECHA SALIDA: __/__/__/ FECHA LLEGADA: __/__/__/
LUGAR DE RESIDENCIA LOS 30 DIAS PREVIO AL INICIO DE SINTOMAS_____
ANTECEDENTES DENGUE: SI ( ) NO ( ) NO SABE ( )
CASO FEBRIL ACTUAL EN EL GRUPO FAMILIAR: SI ( ) NO ( )
VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA: SI ( ) NO ( ) FECHA DE VACUNACION: __/__/__/

CLASIFICACION FINAL (CIERRE DE CASO= USO EXCLUSIVO EPIDEMIOLOGIA)
INDICE DE BRETEAU EN FECHA DE FIEBRE: _____

DESCARTADO: |__|
CONFIRMADO: |__|
DENGUE: |__| DENGUE CON SINTOMAS DE ALARMA: |__| DENGUE GRAVE: |__|
NO CONCLUYENTE: _____

METODO DE CONFIRMACION:
LABORATORIO|__| NEXO EPIDEMIOLOGICO |__| CLINICO|__|
BIOPSIA |__| AUTOPSIA |__|

PAIS DE CONTAGIO:
CHILE |__| EXTRANJERO |__| PAIS:_____ CIUDAD:_____
FECHA DE NOTIFICACION: __/__/__/