

**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  Bradicardia  Disnea  Sind. Meningeo   
Fiebre  Esplenomegalia  Tos  Alteración sensorio   
Cefalea  Expectoración   
Mialgia  Neumonía   
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 PREVENCIÓN**

**Individual** Tratamiento..... SI  NO Droga \_\_\_\_\_  
 Quimioprofilaxis..... SI  NO Droga. \_\_\_\_\_  
 Nº 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

