



**Caso sospechoso dengue:** Toda persona que presente fiebre de menos de siete (7) días de duración, sin síntomas de vías aéreas superiores, y presente: Dos o más de los siguientes: • Náuseas/vómitos • exantema (erupciones cutáneas), • mialgias, artralgias • cefalea/dolor retro ocular, • petequias/prueba del torniquete positiva, • leucopenia, plaquetopenia • anorexia, malestar general, diarrea.

**Caso sospechoso de Fiebre Chikungunya:** Toda persona que presente fiebre mayor a 38.5°C y presente artralgias (habitualmente incapacitante) o artritis acompañada de dolor intenso, incapacitante que no se explica por otra condición médica, y Resida o haya viajado en los últimos 14 días anteriores al inicio de los síntomas a zonas con circulación de virus chikungunya o con presencia del vector.

**Caso confirmado por nexa epidemiológico:** en una situación de brote o epidemia, luego de la confirmación de la circulación del virus por pruebas de laboratorio, los siguientes casos se confirman por criterios clínico-epidemiológicos. En zonas con brotes simultáneos de dengue y Chikungunya la sospecha y notificación será orientada por la principal sospecha clínica-epidemiológica teniendo en cuenta las definiciones de caso de cada arbovirus y por la epidemiología del caso (perteneciente a un cluster de casos con diagnóstico confirmatorio, convivientes confirmados para un tipo de arbovirus, presentación clínica de dengue o chikungunya).

Datos del notificador

Fecha de consulta: ...../...../.....

Establecimiento: \_\_\_\_\_ Firma y aclaración notificador/a: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICACIÓN DEL CASO - DATOS MÍNIMOS

D.N.I. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Apellido ..... Nombre: .....

Teléfono: ..... Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de residencia: Provincia..... Departamento: ..... Localidad: .....

Domicilio: Calle / Manzana: ..... Nº..... Piso..... Depto.: ..... Cód. Postal:.....

Sexo legal: Femenino  Masculino  No Binario

Principal sospecha clínico epidemiológica: Dengue  Fiebre Chikungunya  Fecha de Inicio de síntomas: ...../...../.....

Confirmado por nexa epidemiológico  Muestra derivada a laboratorio SI  NO  Fecha de toma de muestra: ...../...../.....

## IDENTIFICACIÓN DEL CASO - DATOS MÍNIMOS

D.N.I. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Apellido ..... y Nombre:.....

Teléfono: ..... Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de residencia: Provincia..... Departamento: ..... Localidad: .....

Domicilio: Calle / Manzana: ..... Nº..... Piso..... Depto.: ..... Cód. Postal:.....

Sexo legal: Femenino  Masculino  No Binario

Principal sospecha clínico epidemiológica: Dengue  Fiebre Chikungunya  Fecha de Inicio de síntomas: ...../...../.....

Confirmado por nexa epidemiológico  Muestra derivada a laboratorio SI  NO  Fecha de toma de muestra: ...../...../.....

## IDENTIFICACIÓN DEL CASO - DATOS MÍNIMOS

D.N.I. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Apellido ..... Nombre:.....

Teléfono: ..... Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de residencia: Provincia..... Departamento: ..... Localidad: .....

Domicilio: Calle / Manzana: ..... Nº..... Piso..... Depto.: ..... Cód. Postal:.....

Sexo legal: Femenino  Masculino  No Binario

Principal sospecha clínico epidemiológica: Dengue  Fiebre Chikungunya  Fecha de Inicio de síntomas: ...../...../.....

Confirmado por nexa epidemiológico  Muestra derivada a laboratorio SI  NO  Fecha de toma de muestra: ...../...../.....