



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:/...../.....