

**FICHA DE INVESTIGACION DE CASO PARA VIGILANCIA DE ENFERMEDADES VIRICAS TRANSMITIDAS POR ARTRÓPODOS
(DENGUE/ CHIKUNGUNYA/ENCEFALITIS)**

Fecha de ingreso (en caso de hospitalización): / /		Fecha de captación: / /		No de Caso: _____		
Establecimiento de Salud: _____			Médico a cargo: _____			
1. DATOS DEL PACIENTE						
Nombres y apellidos: _____		No. de Identificación: _____		Nacionalidad: _____		
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha nacimiento: / /	Edad: Años _____	Meses _____	Días _____		
Residencia Provincia: _____		Cantón: _____		Distrito: _____		
Dirección exacta: _____		Teléfono: _____	Nombre madre/padre/encargado: _____			
La paciente está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS Edad Gestacional (sem): _____ Hospital donde se atenderá el parto: _____						
2. DATOS CLINICOS						
Diagnóstico presuntivo: _____			Captación: Urgencias <input type="checkbox"/> Salón <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> EBAIS <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Fecha de Diagnóstico: / /		Fecha de Inicio de Síntomas: / /		Días de Evolución: _____		
Signos y síntomas	Sí	No	NS/NA			
Fiebre				Fecha Inicio fiebre: / / Temperatura Cuantificada _____°C		
Artritis				Dónde: Manos <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Tobillos <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Edema Peri articular <input type="checkbox"/>		
Erupción				Tipo: <input type="checkbox"/> Macular / <input type="checkbox"/> Vesicular / <input type="checkbox"/> Maculopapular / <input type="checkbox"/> Petequial / <input type="checkbox"/> Pustular		
				Localización: <input type="checkbox"/> palmas / <input type="checkbox"/> plantas / <input type="checkbox"/> tronco / <input type="checkbox"/> extremidades		
Mialgias				Signos y Síntomas	SI	
Artralgia				Dolor Abdominal Intenso	No	
Cefalea				Conjuntivitis	NS/NA	
Dolor Retro ocular				Nausea		
Dolor de espalda				Vómito		
Adenopatías				Neurológicas		
Sangrado Inusual				Manifestaciones atípicas renales		
Lesión vesiculobulosa				Manifestaciones atípicas oculares		
Fotofobia				Manifestaciones atípicas cardiovasculares		
3. ANTECEDENTES						
Viajó el paciente fuera del país o de su localidad en los últimos 30 días previos al inicio de síntomas.			Lugares visitados	Desde	Hasta	
Ha estado en contacto con animales enfermos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				/ /	/ /	
Comorbilidades: DM <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Inmunológicas <input type="checkbox"/> Reumatológicas <input type="checkbox"/>				/ /	/ /	
4. MUESTRAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO Laboratorio que envía la muestra						
# Muestra	Tipo de Muestra		Fecha de toma de muestra	Fecha de envío de la muestra a INCIENSA	OBSERVACIONES	
	Suero	Otra (Especifique)				
Primera			/ /	/ /		
Segunda			/ /	/ /		
5. INVESTIGACION Fecha de Investigación: / /						
En el último mes ha habido casos de:	Dengue		Chikungunya		Nilo Occidental	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	
Otro(s): _____			En Caso Afirmativo Complete			
Búsqueda activa de casos				No. de casos encontrados en la búsqueda activa:		
Se observaron criaderos en el sitio y alrededores				Número aproximado de criaderos positivos:		
6. MEDIDAS DE RESPUESTA						
Se realizaron actividades de control vectorial	Si	No	En Caso Afirmativo Complete			
			Eliminación de depósitos <input type="checkbox"/> Larvicida <input type="checkbox"/> Fumigación <input type="checkbox"/> Control Biológico <input type="checkbox"/>			
7. CLASIFICACION FINAL DEL CASO: Por CILOVIS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de clasificación final: / /						
Dengue <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Nilo Occidental <input type="checkbox"/>			Otro: _____			
Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/>						
Resultados de laboratorio que apoyan la clasificación				<input type="checkbox"/> Importado		
Muestra	Ig M	IgG	Aislamiento	PCR (Especifique)	<input type="checkbox"/> Relacionado a Caso Importado: (especifique) _____	
Primera	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Autóctono	
Segunda	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Desconocida	
Paciente fallecido: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: / /				Causa de muerte: _____ Autopsia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° Autopsia: _____		