



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE
NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACIÓN
ENFERMEDAD: HANTAVIRUS

ENFERMEDAD: HANTAVIRUS (1D62.Z)

DEFINICIÓN DE CASO: PERSONA QUE PRESENTA EL SIGUIENTE CUADRO CLINICO: FIEBRE, MIALGIAS, CEFALEA, ACONPAÑADO O NO DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES, TROMBOCITOPENIA Y RADIOGRAFIA DE TÓRAX CON INFILTRADO INTERSTICIAL UNI O BILATERAL, Y QUE TIENE EL ANTECEDENTE DE VIAJE RECIENTE A AREA ENDEMICA DE HANTAVIRUS, ACTIVIDADES DE RIESGO O EXPOSICIÓN A ROEDORES SILVESTRES EN LAS 6 SEMANAS PREVIAS AL INICIO DE LOS SÍNTOMAS. O PERSONA PREVIAMENTE ASINTOMÁTICA QUE PRESENTA UN CUADRO DE DISTRESS RESPIRATORIO (SDRA) SIN UN DIAGNÓSTICO O CAUSA QUE LO EXPLIQUE O PERSONA QUE FALLECE CON UN CUADRO RESPIRATORIO INEXPLICABLE, CON DIAGNOSTICO Y/O AUTOPSIA QUE DEMUESTRA EDEMA PULMONAR NO CARDIOGENICO, SIN UNA CAUSA ESPECIFICA NI IDENTIFICABLE POR LABORATORIO.

1. Numero del Caso:	2. Fecha de Elaboración:	3. Establecimiento:	4. Parroquia:
5. Municipio:	6. Estado:	7. Código Postal:	8. Fuente de Notificación: Publico <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Búsqueda Activa <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Comunidad <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>

9. Primer Apellido:	10. Segundo Apellido:	11. Primer Nombre:	12. Segundo Nombre:
13. C.I. Pasaporte: V <input type="radio"/> E <input type="radio"/>	14. Nacionalidad:	15. Fecha de Nacimiento: Día Mes Año	16. Edad:
17. Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	18. Etnia:	19. Nivel Educativo: I <input type="radio"/> S <input type="radio"/> TSU/U <input type="radio"/> P <input type="radio"/> TM <input type="radio"/>	20. Años Aprobados:

21. Situación Conyugal: S <input type="radio"/> U <input type="radio"/> D <input type="radio"/> C <input type="radio"/> Se <input type="radio"/> V <input type="radio"/>	22. Profesión:	23. Ocupación:	24. Latitud:	25. Longitud:
---	----------------	----------------	--------------	---------------

Dirección de Habitación	26. Entidad de Residencia:	27. Municipio de Residencia:	28. Parroquia de Residencia:	29. Localidad de Residencia:
--------------------------------	----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

30. Urb./Sector/ Zona Industrial:	31. Av./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:	32. Casa/Edif./ Quinta/Galpón:	33. Piso/ Planta/Local:
-----------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------

34. Teléfono de Habitación (fijo):	35. Teléfono Celular (móvil):	36. Punto de Referencia:
------------------------------------	-------------------------------	--------------------------

37. Nombre de la Madre o Representante :	38. Nombre del Padre o Representante :
--	--

Antecedentes Epidemiológicos:

39. Sitio Probable de la infección:
 Área Silvestre _____ Área Urbana _____ Área Rural _____ Localidad _____ Parroquia _____ Municipio _____ estado _____

40. Lugar de trabajo de la persona afectada: _____

41. Tipos de Vivienda: Rancho: _____ Casa: _____ Quinta: _____ Apartamento: _____ Otra: _____ Especifique: _____
 Condiciones de la Vivienda: Buena: _____ Mala: _____ Regular: _____

42. Casos anteriores de Hantavirus en la Comunidad: Si ___ No ___ En Animales ___ En Humanos ___ N° _____ 43. Casos de : Confirmado ___ Sospechoso ___ Ignorado ___

44. Contactos con Animales SI — NO — En caso de SI : Directo _____ Indirecto _____ Especifique : _____	45. Contacto con Especies: Canino <input type="radio"/> Felino <input type="radio"/> Bovino <input type="radio"/> Cerdos <input type="radio"/> Roedores <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>
---	---

46. Contacto con Aguas Estancadas: Lagunas <input type="radio"/> piscina <input type="radio"/> Represas <input type="radio"/> Ríos <input type="radio"/> Canales de Riego <input type="radio"/> Limpieza de alcantarilla <input type="radio"/>	47. Trabajador Agrícola : SI ___ NO ___
---	---

48. Antecedente de viaje a área endémica de Hantavirus: SI ___ NO ___ 49. Contacto con persona que allá viajado a área endémica de Hantavirus: SI ___ NO ___

50. Fecha de inicio de síntomas: (D/M/A) _____	51. Fecha de la Primera Consulta de Atención Medica : (D/M/A) _____	52. Fecha de Denuncia o Notificación : (D/M/A) _____ N° de Semana Epidemiológica : _____
--	---	---

53. Datos de la Enfermedad :

Datos Clínicos	Si	No	Datos Clínicos	Si	No
Fiebre			Diarrea		
Cefalea			Tos Seca		
Escalofríos			Dolor Abdominal Difuso		
Mialgias			Fatiga		
Vómitos			Disnea		

54. Antecedentes Epidemiológicos:

Factores de Riesgo	Si	No	Factores de Riesgo	Si	No
AGUA POR ACUEDUCTO			LLUVIAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		
DISPONIBILIDAD DE RECOLECCION DE BASURA.			CONTACTOS CON AGUAS ESTANCADAS Y INUNDACIONES		
ROEDORES EN LA CASA			CONTACTOS CON ANIMALES (ESPECIFIQUE)		
ROEDORES EN LA VECINDAD			VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		
ROEDORES EN EL TRABAJO			DONDE:		
VIVIENDA CERCA DEL AREA DE CULTIVO			N° DE PERSONAS DEL GRUPO FAMILIAR		
TRABAJADOR AGRICOLA			HABITACIONES PARA DORMIR		

Ingreso Hospitalario

55. Ingreso al hospital: SI ___ NO ___	56. Centro de salud:	57. Fecha de Hospitalización:	58. N° de Cama _____	59. Servicios: _____	60. Tratamiento: SI — NO —
61. Antibiótico : SI ___ NO ___	62. Abundante Líquido : SI ___ NO ___	63. Reposo: SI ___ NO ___	64. Fecha de alta (D/M/A) — — —		
65. Secuela :SI ___ NO ___ En caso de SI cuales _____		66. Fallecidos SI ___ NO ___ 92 Fecha de Defunción (D/M/A) _____			
67. Observación: _____ _____					
68. Fecha de Alta Clínica: (D/M/A) _____		69. Fecha de Alta Epidemiológica: (D/M/A) _____		70. Fecha de Defunción: (D/M/A) _____	

71. Laboratorios de ingreso

Tipo de Examen	Valores		
FECHA			
HB			
HTO			
CTA. BLANCA			
SEGMENTADOS			
LINFOCITOS			
EOSINOFILOS			
MONOCITOS			
PLAQUETAS			
TP			
TPT			

Tipo de Examen	Valores		
FECHAS			
TGO			
TGP			
BILIRRUBINA T.			
B. DIRECTA			
B. INDIRECTA			
ALBUMINURIA			
CREATININA			
UREA			
CLICEMIA			
OTROS.			

72. Diagnósticos probables :

DX. PROBABLE	Enumere por orden según criterio médico
DENGUE	
PALUDISMO	
FIEBRE H VZLAN	
LEPTOSPIROSIS	
DISTRESS RESPIRATORIO (SDRA)	
HANTAVIROSIS	
OTROS	

73. Evidencias Radiológicas :

55. RX DE TORAX	SI	NO	FECHA
INFILTRADO INTERSTICIAL PULMONAR DERECHO			
INFILTRADO INTERSTICIAL PULMONAR IZQUIERDO			
INFILTRADO INTERSTICIAL PULMONAR BILATERAL			

74. Otras Observaciones radiográficas:

75. Toma y envío de muestra

76. Muestra: SI ___ NO ___ Orina _____ Suero Sanguíneo _____ Viscera (TIPO) _____		66. Tipo de Prueba Solicitada : _____	
77. Fecha de Recolección de la Primera Muestra (Suero): (D/M/A) _____		78. Fecha de Recolección de la Segunda Muestra (Suero): (D/M/A) _____	
79. Nombre y Apellido del Responsable de la toma de Muestra: _____			
80. Nombre Y Apellido del Responsable del envío de la Muestra: _____		71 Fecha de Envío de la Muestra : (D/M/A) _____	
81. Vía de Expedición: Aérea _____ Terrestre _____		82. Nombre del Laboratorio donde se envió la Muestra: _____	83. Fecha de Recepción de la Muestra : (D/M/A) _____
84. Caso Probable : _____ 83. Confirmado por Laboratorio: _____ 84. Confirmado por Nexo Epidemiológico: _____ 85. Confirmado por Clínica: _____ 86. Descartado: _____			

77. Clasificación final del caso

87. Fecha de resultados (D/MA) _____		88 Resultado _____	
89. Fecha de Declaración del caso: (D/M/A) _____		90. Nombre y Apellido Medico/a tratante: _____	91. Nombre y Apellido de la Enfermera/o que declara el caso: _____
92. Centro de salud y teléfono: _____		93. Epidemiólogo/a Regional: _____	
94. Firma: _____		Fecha : (D/M/A) _____	