



DEFINICIÓN DE CASO

A. Caso sospechoso para la modalidad de vigilancia pasiva

Toda persona asistida en un servicio de salud, que:

1. presente o haya presentado fiebre de comienzo brusco, acompañada de cefalea o mialgias sin afectación de las vías aéreas superiores; y
2. presente manifestaciones neurológicas -vómitos, somnolencia, confusión, postración, temblores- meningitis o encefalitis y sin otra etiología definida;
3. y viva o haya viajado a una localidad donde esté ocurriendo un brote de EEO hasta 10 días previos al inicio de los síntomas.

B. Caso sospechoso para la modalidad de vigilancia activa

Toda persona que viva o trabaje en un predio donde esté ocurriendo un brote de EEO; y,

1. presente (o haya presentado hasta 10 días previos al comienzo de la epizootia) fiebre de menos de 7 días de evolución, de comienzo brusco, acompañado de cefalea o mialgias sin afectación de las vías aéreas superiores, sin foco aparente y sin otra etiología definida.

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento notificador: Provincia: Departamento:

Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador/a:

Teléfono: Correo electrónico:

Vigilancia PASIVA (detectado por servicio de salud en la consulta)

Vigilancia ACTIVA (Investigación epidemiológica de brote en equinos)

-Confirmado por laboratorio

-Confirmado por criterio clínico epidemiológico

Identificación del predio Localidad Provincia

Brote de EEO confirmado por laboratorio Brote de EEO confirmado por criterio clínico-epidemiológico

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre y Apellido: Tipo de documento N°

Lugar de residencia: Provincia: Departamento: Localidad:

Domicilio: Calle / Manzana: N° Piso Depto.: Cód. Postal:

Teléfono: Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad:

Sexo legal: Femenino Masculino No Binario Género: Mujer CIS / Varón CIS / Mujer Trans / Varón Trans / Desconocido / Otro

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas: / /

Fecha de consulta: / / Establecimiento de 1ª consulta:

SIGNOS Y SÍNTOMAS Y OTROS ANTECEDENTES

| | | | | | | | |
|------------------------------------|--|----------|--|-------------|--|------------------|--|
| Fiebre de comienzo brusco | | Mialgias | | Temblores | | Confusión mental | |
| Cefalea | | Vómitos | | Somnolencia | | Postración | |
| Otras manifestaciones neurológicas | | | | | | | |

DIAGNÓSTICO REFERIDO

Meningitis Encefalitis

DATOS DE INTERNACIÓN

Fecha de Internación: / / Establecimiento internación:

Terapia Intensiva: SI NO Fecha internación UTI / / Requerimiento de ARM: SI NO Fecha: / /

Fallecido SI NO Fecha de fallecimiento:/...../.....

LABORATORIO

Establecimiento de toma de muestra:

Fecha de toma de muestra:/...../.....

Muestra: Suero Tejidos LCR Orina Otra:

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Estudiado para: Dengue Chikungunya Encefalitis de San Luis Fiebre del Nilo Occidental Otro

EPIDEMIOLOGÍA

Factores de riesgo/ Vías más probables de transmisión

Zona c/equinos enfermos, muertos o confirmados p/ EEO últimos 10 días

Ocupación: Trabajo rural Sí No Actividades recreativas en medio rural Sí No Reside en medio rural Sí No

CLASIFICACIONES DE CASO

| | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Caso sospechoso | Caso probable o remoto | Caso confirmado de EEO |
| Caso sospechoso no conclusivo | Caso confirmado de Alphavirus | Caso Confirmado otro Alphavirus |

La encuesta epidemiológica en terreno se encuentra publicada en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/herramientas>

.....
Fecha y aclaración notificador/a