

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA “ CASOS CHIKUNGUNYA”**

Datos Básicos

Apellido(s): _____ Nombre: _____

Sexo: () Masculino () Femenino

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ edad: ___|___ años meses: ___|___ días: ___|___

Ocupación: _____

Domicilio: _____

Código Postal: |_|_|_|_|_|_|_|_| Número de teléfono: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Información clínica

Numero de historia clínica _____

Fecha de síntomas: ___/___/___ Semana epidemiológica: ___/___/___

Número de días con síntomas: ___|___| Fecha de primera consulta médica: ___/___/___

Fecha de Hospitalización: ___/___/___

Muerte: Sí () No () Fecha: ___/___/___

Síntomas

	Si	No		Si	No
Fiebre			Mialgias		
Artritis			Dolor de espalda		
¿Dónde?			Cefalea		
Manos			Nauseas		
Pies			Sangrado de mucosas		
tobillos			Vómitos		
Alergias			Astenia		
Otros			Meningoencefalitis		
Edema Peri articular					
Manifestaciones Cutáneas					

En caso afirmativo, describir: _____

Otros _____

Diagnostico clínico _____

Información de laboratorio

Examen de muestras de sangre para la detección de infección por CHIKV:

Fecha de recolección ___/___/___

Serología – IgM Si No

Resultado: positivo Negativo fecha de resultados ___/___/___

Serología – IgG Si No

Resultado: positivo Negativo fecha de resultados ___/___/___

RT-PCR Si No

Resultado: positivo Negativo fecha de resultados ___/___/___

Aislamiento Si No

Resultado: positivo Negativo fecha de resultados ___/___/___

Información epidemiológica

Antecedentes de viajes en los 30 días previos al inicio de los síntomas: Si No

En caso afirmativo, ¿dónde? : País _____

Ciudad _____

Lugar de residencia:

Comunidad _____

Localidad _____

Recibió sangre o derivados de sangre en los 30 días previos al inicio de los síntomas

Si No

Clasificación final:

Descartado: |__|

Confirmado: |__|

Sospechoso: |__|

Fecha de notificación: __/__/__/

Nombre de la persona que reporta: _____