

FICHA DE NOTIFICACIÓN Y SOLICITUD PARA DENGUE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____

Tipo / N° de documento: _____ Fecha de nacimiento: __ / __ / __

Domicilio real: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____

Fecha toma de muestra: __ / __ / __

¿Presenta síntomas? SI Fecha inicio: __ / __ / __ NO

En caso afirmativo: Fiebre Mialgias Cefalea intensa Petequias
 Artralgias Diarrea Pérdida del gusto Dolor retroocular
 Rash/Erupción

Otros síntomas: _____

Paciente ambulatorio Paciente internado

Embarazada: SI NO

¿Tuvo DENGUE? SI NO Fecha del diagnóstico: __ / __ / __

Antecedentes de viajes en los últimos 15 días a áreas con transmisión:

SI NO Fecha: __ / __ / __ Localidad: _____

DATOS DE LABORATORIO

Recuento de gl. blancos: _____

Neutrófilos: _____ %

Recuento de plaquetas: _____

VES: _____

Otros análisis: _____

Análisis solicitado/s: AgNS1 Ac. IgM PCR específica

PROFESIONALES INTERVINIENTES

Médico solicitante: _____

Nombre del Laboratorio: _____

Nombre y Apellido del Bioquímico: _____

Dirección: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____

Denunciado en SISA: SI ID: _____

Firma y Sello del profesional