

Enfermedad por virus Zika
 Infección en el embarazo Aborto o muerte fetal asociado con ZIKV
 Síndrome congénito asociado con ZIKV Transmisión vertical de ZIKV sin síndrome congénito

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ DNI: _____
 Sexo M F Edad: _____ Ocupación: _____ Teléfono propio o vecino: _____
 Domicilio _____ Referencia de ubicación de domicilio _____
 Lugar de trabajo: _____ Localidad _____ Provincia _____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

- Antecedentes de arbovirosis: Dengue Chikungunya Fiebre amarilla Zika
 Fiebre del Nilo Occidental Encefalitis de San Luis Cuándo...../...../.....
- Viaje en los últimos 15 días: **SI NO** Dónde...../...../.....
- Contacto con enfermo de ETM¹ en los últimos 15 días: **SI NO** Cuál...../...../..... Dónde...../...../.....
- Contacto sexual con enfermo de Zika: **SI NO** Cuando...../...../.....
- Contacto sexual sin protección con persona que viajó a zona de transmisión de Zika: **SI No**
 Cuándo...../...../..... Lugar dónde viajó...../...../..... Fecha de regreso...../...../.....
 Datos del contacto (nombre, dirección y teléfono)...../...../.....
- Presencia d posibles criaderos de mosquitos en domicilio o cercanías: **SI NO**
- Recibió transfusión de sangre en los últimos 15 días: **SI NO** Dónde...../...../.....
- Dono sangre 48 hs. Antes del inicio de la enfermedad: **SI NO** Dónde...../...../.....
- Vacunado para fiebre amarilla: **SI NO** Año...../...../.....

DATOS CLÍNICOS

Tuvo síntomas: **SI NO** Fecha inicio de síntomas...../...../..... Fecha de consulta/...../.....
 Fecha de internación...../...../..... Sala UTI Hospital...../...../.....

Exantema		Edema periarticular		Cefalea	
Fiebre		Malestar general		Artralgias	
Conjuntivitis no purulenta		Anorexia		Diarrea	
Mialgias		Dolor abdominal			

DATOS DE LA EMBARAZADA/MADRE (Si corresponde)

Fecha de última menstruación...../...../..... Fecha probable de parto/...../..... Número de gesta...../...../.....
 Hallazgo ecográfico de malformación intrauterina: **SI NO** Fecha...../...../.....

Microcefalia	Hiperecogenicidad periventricular o focales dispersas	Megacisterna magna	Disgenesia de cuerpo calloso
Calcificaciones cerebrales	Ventriculomegalia/hidrocefalia	Disgenesia cerebelosa	Atrofia cerebral

Otros...../...../.....



DATOS DEL PARTO Y RECIÉN NACIDO (Si corresponde)

Fecha del parto/cesárea...../...../..... Edad gestacional..... Sexo: **F M**
 Producto de la concepción: Nacido vivo Mortinato Aborto Peso al nacer.....
 Talla Perímetro cefálico 48hs.
 Fecha de egreso...../...../..... Condición: Alta Alta con secuelas Derivado Fallecido

DATOS DE LABORATORIO

Embarazada/ Madre/Otro ²	Muestra	Fecha	Resultado	Recién nacido	Muestra	Fecha	Resultado

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS

Evento	En estudio	Probable	Confirmado	Descartado
Enfermedad por virus Zika				
Infección en el embarazo				
Infección en recién nacido				

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y nombre del profesional:..... Establecimiento.....
 Correo electrónico..... Teléfono..... Fecha de notificación...../...../.....

1. Enfermedad Transmitida por Mosquito (ETM): Dengue, Chikungunya, Fiebre amarilla, Zika, Fiebre del Nilo Occidental, Encefalitis de san Luis.
2. Para casos de sospecha de enfermedad por virus Zika.