

Ficha de notificación de sospecha de dengue u otra arbovirosis con sintomatología leve sin toma de muestra

MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CUANDO NOTIFICAR

Todos los casos detectados de dengue o chikungunya (según sea la sospecha clínico-epidemiológica) deben notificarse nominalmente. En período de brote de dengue u otra arbovirosis, los casos leves serán notificados en SNVS 2.0 registrando un listado mínimo de datos que permitirán contactar al seguimiento del paciente para realizar un eventual seguimiento de la clínica.

Todos los casos **no hospitalizados y no estudiados** por laboratorio deben notificarse con los siguientes datos mínimos.

DATOS MINIMOS

Fecha de consulta: /..... /.....

Fecha de notificación:..... /..... /.....

Establecimiento notificador:

Caso: Nombre:..... Apellido: DNI:.....

Fecha de nacimiento:..... /..... /..... Edad:..... Sexo legal:

Provincia:..... Departamento:..... Localidad:

Domicilio real (calle y número):..... Teléfono de contacto:.....

Fecha de inicio de síntomas:..... /..... /.....

(Completar un caso por ficha)

Ficha de notificación de sospecha de dengue u otra arbovirosis con sintomatología leve sin toma de muestra

MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CUANDO NOTIFICAR

Todos los casos detectados de dengue o chikungunya (según sea la sospecha clínico-epidemiológica) deben notificarse nominalmente. En período de brote de dengue u otra arbovirosis, los casos leves serán notificados en SNVS 2.0 registrando un listado mínimo de datos que permitirán contactar al seguimiento del paciente para realizar un eventual seguimiento de la clínica.

Todos los casos **no hospitalizados y no estudiados** por laboratorio deben notificarse con los siguientes datos mínimos.

DATOS MINIMOS

Fecha de consulta: /..... /.....

Fecha de notificación:..... /..... /.....

Establecimiento notificador:

Caso: Nombre:..... Apellido: DNI:.....

Fecha de nacimiento:..... /..... /..... Edad:..... Sexo legal:

Provincia:..... Departamento:..... Localidad:

Domicilio real (calle y número):..... Teléfono de contacto:.....

Fecha de inicio de síntomas:..... /..... /.....