



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

DIV. SALUD AMBIENTAL
DIV. SALUD DE LAS PERSONAS
DEPTO. DE EPIDEMIOLOGÍA
DEPTO. PROGRAMAS SOBRE AMBIENTE

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

ANEXO N° 1
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA Y ENVÍO DE MUESTRAS PARA CASOS
SOSPECHOSOS DE INFECCIÓN POR HANTAVIRUS

S. SALUD NOTIFICA: _____ FECHA NOTIFICACIÓN ____ / ____ / ____ (al Servicio de Salud)
FECHA NOTIFICACIÓN ____ / ____ / ____ (al MINSAL)

ESTABLECIMIENTO: _____ Fono: _____ Fax: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

MEDICO TRATANTE: _____

ANTECEDENTES DEL CASO

RUT del paciente: _____

Nombres: _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: () Hombre () Mujer

Ocupación: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Comuna: _____

FACTORES DE RIESGO (Puede ser mas de uno)

- | | |
|--|---|
| 1 () Residente de sectores rurales | 2 () Trabajador agrícola |
| 3 () Trabajador forestal | 4 () Excursionista en localidades rurales |
| 5 () Contacto con caso confirmado
(Nombre) _____ | 6 () Herida provocada por mordedura de ratón |

7 () Otro (especifique _____)

LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN: _____ COMUNA _____

URBANO () RURAL () S. SALUD OCURRENCIA: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS:

Fecha de primeros síntomas: ____ / ____ / ____ Fecha de 1° Consulta ____ / ____ / ____

Fecha de Hospitalización ____ / ____ / ____ Establecimiento: _____

Estado del Paciente: Fallecido () Fecha de Defunción: ____ / ____ / ____
Grave ()
No Grave ()

Diagnóstico Clínico: _____

Enfermedad leve por Hantavirus: ()

Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus: ()

Signos y Síntomas (Marque con una X lo que corresponda a):

Fiebre	Si () No ()	S. Gastrointestinales	Si () No ()	Recuento Blancos	_____ m3
Cefalea	Si () No ()	Compromiso respiratorio	Si () No ()	c/Desviación Izquierda:	Si () No ()
Cefalea	Si () No ()	Rx. Tórax con infiltrados:	Si () No ()	Hematocrito elevado	Si () No ()
Mialgia:	Si () No ()	Linfocitosis atípica:	Si () No ()	Trombocitopenia:	Si () No ()
		(inmunoblastos >10%)		(< 150.000 mm3)	

EXAMENES DE LABORATORIO

Sangre total sin anticoagulante ____ / ____ / ____ Fecha Envío Laboratorio ____ / ____ / ____

Suero ____ / ____ / ____

Coagulo ____ / ____ / ____

Necropsia (Especifique)..... ____ / ____ / ____

Otros (Especifique)..... ____ / ____ / ____

Enviado a Laboratorio: ISP ()

U. Austral Valdivia ()

U. Católica ()

Nombre de la persona que notifica _____