

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACION CASOS SOSPECHOSOS DE
ENCEFALITIS DEL NILO OCCIDENTAL (WEST NILE)**

SEREMI REGION: _____ OF. PROVINCIAL: _____

FECHA NOTIFICACIÓN ____/____/____ (a ASR) FECHA NOTIFICACIÓN ____/____/____ (al MINSAL)

ESTABLECIMIENTO: _____ Fono: _____ Fax: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

MEDICO TRATANTE: _____

Nombre de la persona que notifica _____

ANTECEDENTES DEL CASO

RUT del paciente: _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombres: _____ Sexo: () Hombre () Mujer

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ años ____ Meses

Dirección: _____

Comuna: _____ Ciudad o localidad: _____

INFORMACION CLINICA

Fecha consulta ____/____/____

Fecha inicio de la fiebre ____/____/____ N° de días de duración (fiebre) _____

Cefalea	SI	NO	Rigidez de cuello	SI	NO	Desorientación	SI	NO
Estupor	SI	NO	Temblores	SI	NO	Convulsiones	SI	NO
Debilidad Muscular	SI	NO	Parálisis	SI	NO	Coma	SI	NO

Hospitalizado Sí No Fecha hospitalización ____/____/____ Hospital _____

Fallecido Sí No Fecha fallecimiento ____/____/____

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra ____/____/____

Tipo de muestra enviada al ISP: LCR SUERO Fecha de envío ____/____/____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Viaje reciente al extranjero (hasta 15 días antes inicio fiebre)	Sí	No	País (y Ciudad)	_____
Caso febril actual en el grupo familiar (último mes)	Sí	No		
Presencia de mosquitos en el sector	Sí	No		
Presencia de aves muertas en el sector	Sí	No		
Presencia de caballos enfermos o muertos en el sector	Sí	No		

CLASIFICACION FINAL

Descartado () Diagnóstico: _____ Confirmado ()

Observaciones: