



INFORME DE INVESTIGACION DE CASO DE DENGUE

CDC Sección de Dengue y Departamento de Salud de Puerto Rico
1324 Calle Cañada, San Juan, P. R. 00920-3860
Tel. (787) 706-2399, Fax (787) 706-2496



Form Approved OMB No. 0920-0009

SOLAMENTE PARA USO DE CDC SECCIÓN DE DENGUE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|-------------|--|--------------------------|--|------|--|----------------|--|-------------|--|--------------------------|--|-------------|--|----------------|--|
| Número de Caso | | Especimen # | | Días después 1er Síntoma | | Tipo | | Fecha Recibido | | Especimen # | | Días después 1er Síntoma | | Tipo | | Fecha Recibido | |
| SAN ID | | GCODE | | S1 | | | | ___/___/___ | | S3 | | | | ___/___/___ | | | |
| | | | | S2 | | | | ___/___/___ | | S4 | | | | ___/___/___ | | | |

Favor de completar todas las secciones

| | | | | | | | |
|---|--|------------------|--|--|--|--------------------------|--|
| Hospitalizado: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → Nombre del Hospital: | | | | Fallecido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NO SABE | | | |
| Nombre del Paciente: _____ | | | | Cambios en estado mental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NO SABE | | | |
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombre | | Segundo Nombre / Inicial | |
| Si el paciente es un menor, nombre del padre o encargado: _____ | | | | | | | |
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombre | | Segundo Nombre / Inicial | |

| Dirección Residencial | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Municipio: | Barrio: |
| Urbanización o sector: | |
| Calle: | Casa / Apartamento Núm.: |
| Parcela Núm.: | Buzón: P.O. Box: |
| Carretera Núm.: | Km: Hm: Tel.: Otro Tel.: |
| Vive cerca de: | Código Postal: |
| Nombre y dirección del trabajo: | |

| Médico o Proveedor que refiere el caso | |
|--|--------|
| Nombre: | |
| Número de teléfono: | Email: |
| Enviar resultado a: | |
| | |
| | |
| | |

| Información Básica del Paciente | |
|---------------------------------|---|
| Fecha nacimiento: | Edad: _____ meses Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| _____/_____/_____ | ó _____ años |
| _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
| _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |

| Información sobre el personal que llenó este formulario | |
|---|---------------------|
| Nombre y título: | Número de teléfono: |
| Nombre y dirección del trabajo: | |
| | |

| Datos Indispensables para Procesar las Muestras | |
|--|-------------------|
| Fecha del Primer Síntoma: | _____/_____/_____ |
| Fecha de Toma de Muestra: | _____/_____/_____ |
| Suero: Primera muestra | _____/_____/_____ |
| (Aguda = primeros 5 días de enfermedad -detección de virus) | |
| Segunda muestra | _____/_____/_____ |
| (Convaleciente = más de 5 días de enfermedad - detección de anticuerpos) | |
| Tercera muestra | _____/_____/_____ |
| Tejido de casos fatales (especifique): | _____/_____/_____ |

| Datos Adicionales | |
|---|--|
| 1. ¿Cuántos años ha vivido en este municipio? | _____ |
| 2. ¿En qué país nació?: | _____ |
| 3. ¿Tuvo dengue antes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NO SABE |
| 4. ¿Cuándo? | _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> NO SABE |
| | Mes Año |
| 5. ¿Durante los 14 días antes de enfermar, ¿VIAJÓ a otro país o pueblo? | <input type="checkbox"/> Sí, otro país <input type="checkbox"/> Sí, otro pueblo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NO SABE |
| 6. ¿A DÓNDE VIAJÓ? | _____ |

Criterios para DENGUE HEMORRÁGICO (#1-4) y choque (#5)

| | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sí No NO SABE | | Prueba de Torniquete <input type="checkbox"/> No hizo <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg | | Otros síntomas | | Sí No NO SABE | | |
| 1. Fiebre (>38°C) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Evidencia de permeabilidad capilar exagerada | Erupción de la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Plaquetas ≤100,000/mm3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Efusión pleural o abdominal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escalofríos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contaje de plaquetas: _____ | | | | Hematocrito más bajo _____ | Palidez o piel fría | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. <u>Alguna manifestación hemorrágica</u> | | | | Hematocrito más alto _____ | Náusea o vómito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Petequias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Albúmina sérica más baja _____ | Diarrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Equimosis o Cardenales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Proteína sérica más baja _____ | Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vómito con sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. <u>Presión arterial mínima</u> _____/_____ Presión de pulso mínima (sistólica menos diastólica) _____ | Tos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sangre en la excreta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glóbulos blancos más bajos _____ | Conjuntivitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemorragia nasal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros síntomas | Congestión nasal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemorragia de las encías | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NO SABE | Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor en los ojos <input type="checkbox"/> | Ictericia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemorragia vaginal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor en el cuerpo <input type="checkbox"/> | Convulsión o coma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urinálisis positivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de coyunturas <input type="checkbox"/> | ¿Está encinta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (sobre 5 RBC/hpf o positivo para sangre) | | | | | Vacunado Fiebre Amarilla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Año de vacunación _____ | | | |

SOLAMENTE PARA USO DEL CDC SECCIÓN DE DENGUE

Specimen No.

S¹ _____ S² _____ S³ _____

SEROLOGY

LUMINEX (MIA)

| S ¹ | | | S ² | | | S ³ | | |
|----------------|----|-------|----------------|----|-------|----------------|----|-------|
| Test Date | Ag | Titer | Test Date | Ag | Titer | Test Date | Ag | Titer |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

IgG ELISA

| S ¹ | | | | S ² | | | | S ³ | | | |
|----------------|----|--------|-------|----------------|----|--------|-------|----------------|----|--------|-------|
| Test Date | Ag | Screen | Titer | Test Date | Ag | Screen | Titer | Test Date | Ag | Screen | Titer |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

IgM ELISA

| S ¹ | | | S ² | | | S ³ | | |
|----------------|----|-------|----------------|----|-------|----------------|----|-------|
| Test Date | Ag | Value | Test Date | Ag | Value | Test Date | Ag | Value |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Neutralization

| S ¹ | | | S ² | | | S ³ | | |
|----------------|--------|-------|----------------|--------|-------|----------------|--------|-------|
| Test Date | Screen | Titer | Test Date | Screen | Titer | Test Date | Screen | Titer |
| DENV-1 | | | | | | | | |
| DENV-2 | | | | | | | | |
| DENV-3 | | | | | | | | |
| DENV-4 | | | | | | | | |
| WEST NILE | | | | | | | | |
| SLE | | | | | | | | |
| YFV | | | | | | | | |

Viral Isolation & PCR

| S ¹ | | | | S ² | | | | S ³ | | | |
|----------------|----|---------|--------|----------------|----|---------|--------|----------------|----|---------|--------|
| Test Date | ID | Isotech | IDtech | Test Date | ID | Isotech | IDtech | Test Date | ID | Isotech | IDtech |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Serology Lab Director Signature: _____

Virology Lab Director Signature: _____ Overall dengue interpretation: _____

El tiempo estimado para la notificación de esta información es un promedio de 15 minutos, incluyendo el tiempo de repasar las instrucciones, cotejar las fuentes de información existentes, recoger y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la información. Una agencia no puede llevar a cabo ni auspicar, y una persona no está obligada a responder a una petición de información, si ésta no ostenta un número de control de OMB válido. Envíe sus comentarios respecto a este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta petición de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo de respuesta a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-24, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0009).