Retrieve Data | Reset Radio Buttons | Reset Form

DENGUE CASE INVESTIGATION REPORT

CDC Dengue Branch and Puerto Rico Department of Health
1324 Calle Cañada, San Juan, PR 00920-3860
Tel. (787) 706-2399, Fax (787) 706-2496

Form Approved OMB No. 0920-0009

Para uso solamente de CDC Dengue Branch

GCODE

SANID

	Specimen #	Days post onset (DPO)	Type	Received (Date)		Specimen #	Days post onset (DPO)	Type	Received (Date)
S1				/ /	S3				/ /
S2				/ /	S4				/ /

Favor de completar todas las secciones

Hospitalizado: ☐ No ☐ Sí Hospital: _____

Fatal: ☐ Sí ☐ No

Encefalitis: ☐ Sí ☐ No

Nombre:

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Segundo Nombre / Inicial _____

Si es un menor, nombre del padre o encargado: _____

Dirección Residencial

Municipio: _____

Urb. o Barrio: _____

Calle: _____ Número: _____

Parcela No.: _____ Buzón: _____ P.O.Box: _____

Carr. No.: _____ Km: _____ Hm: _____ Tel. _____

Cerca de: _____

Trabaja en: _____

Médico que refiere el caso

Nombre y Apellidos: _____

Número de Teléfono: _____

Enviar resultado a: _____

Información Básica del Paciente

Fecha Nacimiento: ___/___/___ (Día / Mes / Año)

Edad: ___ años

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Datos Adicionales

1) ¿En qué país nació? _____

2) ¿Tuvo dengue antes (Fiebre, dolor del cuerpo, dolor de ojos, erupción)? . . . . . ☐ Sí ☐ No ☐ No Sabe

3) ¿Cuándo? (Mes, Año) ___/___ . . . . . ☐ No ☐ No Sabe

4) ¿Cuántos años ha vivido en este municipio? _____

5) Durante los 14 días antes de enfermar, ¿viajó a otro pueblo o país? . . . . . ☐ Sí ☐ No ☐ No Sabe

¿Dónde? _____

Datos Indispensables para Procesar las Muestras

	Día	Mes	Año
Fecha del Primer Síntoma:			
Fecha de Toma de Muestra			
Suero – primera muestra (aguda - primeros 5 días de enfermedad - para virus)			
Suero – segunda muestra (convalesciente - 6 días o más de enfermedad - para anticuerpos)			
Suero – tercera muestra			
Otro tejido_____:			

Comentarios

_____

_____

_____

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

1. Fiebre . . . . . ☐ Sí ☐ No

2. Alguna manifestación hemorrágica

- Petequias . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Equimosis (cardenales) . . . . ☐ Sí ☐ No
- Vómito con sangre . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Sangre en la excreta . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Hemorragia de la nariz . . . . ☐ Sí ☐ No
- Hemorragia de las encías . . ☐ Sí ☐ No
- Sangre en la orina . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Hemorragia vaginal . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Urinálisis - sobre 5 RBC/ hpf o positivo para sangre . . ☐ Sí ☐ No
- Prueba de torniquete . . . . ☐ No hizo ☐ Pos ☐ Neg

3. Plaquetas $\leq$100,000/mm^3 . . ☐ Sí ☐ No

(contaje) _____

4. Permeabilidad capilar exagerada

- Efusión pleural o abdominal . . ☐ Sí ☐ No
- Hematocrito más bajo _____
- Hematocrito más alto _____
- Albúmina más baja (en sangre) _____
- Proteína más baja (en sangre) _____

5. Presión arterial mínima . . . . ___/___

Otros síntomas

- Dolor de cabeza . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Dolor en los ojos . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Dolor del cuerpo . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Dolor de coyunturas . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Erupción . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Escalofríos . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Náusea o vómito . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Diarrea . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Tos . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Conjuntivitis . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Congestión nasal . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Dolor de garganta . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Ictericia . . . . . ☐ Sí ☐ No
- Convulsión o coma . . . . . ☐ Sí ☐ No

¿Está encinta? . . . . . ☐ Sí ☐ No

Vacunado/a fieb. amarilla . . . ☐ Sí ☐ No

Año _____ ☐ No sabe

Next Page

Previous Page

FOR CDC DENGUE BRANCH USE ONLY

Specimen No.

S1 _____ S2 _____ S3 _____

SEROLOGY

			Hem. Inhib.					
Test	Ag	Titer	Test	Ag	Titer	Test	Ag	Titer

IgG ELISA

Test	Ag	Qual	Titer	Test	Ag	Qual	Titer	Test	Ag	Qual	Titer

IgM ELISA

Test	Ag	Value	Test	Ag	Value	Test	Ag	Value

Neutralization

Test	Ag	Titer	Test	Ag	Titer	Test	Ag	Titer

VIROLOGY

Test	ID	Isotech	IDtech	Test	ID	Isotech	IDtech	Test	ID	Isotech	IDtech

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 auspiciar, 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).

Save Data Print Email Form