

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

DEFINICIÓN DE CASO

Caso confirmado: Toda persona que presente sintomatología compatible de fase aguda o crónica o que haya estado expuesto a los factores de riesgo (contacto con el vector, recibir transfusiones de sangre no controlada o hijo/a de madre chagásica), con presencia demostrada de *Trypanosoma cruzi* o su ADN. En casos agudos y reactivaciones; y en crónicos, la presencia de anticuerpos específicos en sangre.

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre del notificante: Institución:
 Región Sanitaria: Distrito:
 Fecha de notificación: Teléfono:
 Correo electrónico institucional:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido: Nacionalidad: Etnia:
 N° de documento: Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Sexo: F (.....) M (.....)
 Ocupación: Lugar de trabajo:
 Domicilio actual:
 Departamento: Distrito: Barrio:
 Tipo de localidad: Urbano (.....) Rural (.....) Teléfono actual: Teléfono alternativo:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes epidemiológicos	SI	NO
¿Vive o vivió en zona de riesgo? (Chaco, Cordillera, Paraguari, Concepción, San Pedro, Caaguazú, Caazapá, Guairá)		
¿Ha encontrado vinchucas en su casa?		
¿Ha consumido alimentos artesanales sin cocción o mal cocidos? (mosto, jugos de frutas, carnes silvestres, etc)		
¿Tiene antecedentes familiares con Chagas?		
¿Ha recibido trasfusiones? Fecha:		
¿Ha recibido trasplante de órgano? Fecha:		

Localidad probable de contagio:

Antecedentes familiares con Chagas:

DATOS CLÍNICOS

Asintomático/a: SI (.....) NO (.....) Fecha de consulta:/...../..... Fecha de inicio de síntomas:/...../.....

Hospitalizado: SI (.....) No (.....) Fecha de hospitalización:/...../..... Lugar de hospitalización:

SINTOMAS	SI	NO	SINTOMAS	SI	NO	SIGNOS/SINTOMAS	SI	NO	MANIFESTACIONES	SI	NO
Fiebre (..... °C)			Tos			Edema bupalpebral			Insuficiencia cardiaca		
Cefalea			Disnea			Chagoma de inoculación			Arritmias		
Mialgias			Taquicardia			Hepatomegalia			Dolor torácico		
Artralgias			Convulsiones			Esplenomegalia			Síncopes		
Dolor abdominal			Vómitos			Exantema			Ictus		
Disfagia			Dispepsia			Estreñimiento					

Presión Arterial: MIN...../ MAX..... Pulso...../min FR/min PesoKg Embarazo: SI NO Edad gestacional

Co Infecciones: HIV..... TBC Infecciones pulmonares Otros

DATOS LABORATORIALES

Tipo de examen	Fecha	Resultado	Laboratorio	Otros Estudios:
Observación de parásitos				Test rápido:
Serología				Otros:
PCR				

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

Clasificación del Caso: Agudo Vectorial Transfusional Congénito Oral
 Crónico Asintomático Cardiopatía Trastornos del aparato digestivo Megacolon Megaesófago

Tratamiento: Etiológico Sintomático **Droga:** Dosis: Fecha de inicio: Fecha de término:

Reacción adversa: SI Leve..... Moderada Grave NO

Seguimiento: Serología post tratamiento a los 12 meses 24 meses Otros:

VIGILANCIA DE TRANSMISIÓN VERTICAL (hijos de madre chagásica)

Nombre y apellido	C.I	Edad	Observaciones (Tto., condición clínica, mortalidad)

INSTRUCTIVO

(Favor llenar todos los campos de la Ficha de notificación y al momento de la remisión, enviar solo la página 1).

DEFINICIÓN DE CASO CONFIRMADO: hace mención a la condición que debe cumplir, para ser considerado un caso confirmado de Chagas.

DATOS DEL NOTIFICANTE:

Nombre del notificante: Nombre y apellido del personal de salud que completa el presente documento. **Institución notificante:** Nombre de la Institución/Establecimiento de Salud en donde el caso está siendo investigado. **Fecha de notificación:** Fecha en que ingresa al sistema en formato DD/MM/AA. **Teléfono:** de contacto, de la institución notificante. **Correo electrónico institucional:** correo de contacto.

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos: nombres y apellidos del paciente. **Nacionalidad:** del paciente. **Etnia:** escribir el nombre de la Etnia, si corresponde. **N° de documento:** Escribir el número completo. **Fecha de nacimiento:** en formato DD/MM/AA. **Edad:** escribir la edad y aclarar si es años o meses. **Sexo:** marcar con una (X) si es F (femenino) o M (masculino). **Ocupación:** escribir a que actividad se dedica. **Lugar de trabajo:** escribir donde trabaja (país/ciudad). **Domicilio actual:** Departamento, Distrito, Localidad/Barrio, Dirección (calles/referencia), N° de vivienda, registrar detalladamente la dirección donde reside el paciente, para eventualmente ubicarlo. **Tipo de localidad donde reside:** marcar con una (X) si es área urbana, rural. **Teléfono actual:** Número de teléfono para contactar con el caso y/o responsable del mismo. Línea baja o celular, donde ubicar al paciente. **Teléfono alternativo:** número telefónico de algún contacto cercano, mediante el cual el paciente pueda ser ubicado en caso de no responder al teléfono dado como referencia.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS:

Responder a las preguntas, con Si o NO (marcar una X en la opción correcta)

DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE:

Marcar con una X si el paciente es asintomático o no.

Fecha de inicio de síntomas: completar en formato de fecha DD/MM/AA. **Fecha de consulta:** registrar en formato de fecha DD/MM/AA cuando realizó su primera consulta. **Síntomas:** Marcar con una (X) uno o más signos y síntomas observados. **Hospitalización:** marcar con una (X) si o no ingresó como hospitalizado. En caso de haber ingresado como hospitalizado, completar los siguientes ítems; **Fecha de hospitalización:** se registra en formato de fecha DD/MM/AA. **Lugar de hospitalización:** escribir el nombre del Servicio de salud donde se encuentra hospitalizado.

DATOS DE LABORATORIO:

Tipo de examen: completar los datos en la línea que corresponda al tipo de prueba realizada. **Fecha de Toma de muestra:** se registra en formato la fecha DD/MM/AA de toma de muestra para el diagnóstico etiológico. **Resultado:** positivo/ negativo. Laboratorio: Nombre del laboratorio responsable del diagnóstico. **Otros estudios:** se incluyen el test rápido y otros estudios.

CLASIFICACIÓN DEL CASO: marcar con X la clasificación que corresponda.

Tratamiento: indicar con una X si tuvo tratamiento etiológico o sintomático.

Droga: escribir el nombre de la droga utilizada, la dosis, la duración del tratamiento y la fecha de inicio.

Reacción adversa: marcar con X si tuvo reacción adversa, y en ese caso, indicar si fue leve, moderada o grave.

Seguimiento: indicar si se realizó control de seguimiento, en qué tiempo.

VIGILANCIA DE TRANSMISIÓN VERTICAL:

Listar con nombres y apellidos, C.I y edad, a los hijos de las madres positivas a Chagas, para su control y seguimiento.