



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	Specimen #	Days post onset (DPO)	Type	Received (Date)	Specimen #	Days post onset (DPO)	Type	Received (Date)
SANID	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: _____

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? _____

Comentarios

Información Básica del Paciente

Fecha Nacimiento:

Edad:

Sexo:

____/____/____
Día Mes Año

____ años

Masculino Femenino

Datos Indispensables para Procesar las Muestras

Fecha del Primer Síntoma: ____/____/____
Día Mes Año

Fecha de Toma de Muestra

Suero { primera muestra
(aguda - primeros 5 días de enfermedad - para virus)

segunda muestra
(convalescente - 6 días o más de enfermedad - para anticuerpos)

tercera muestra
Día Mes Año

Otro tejido: ____/____/____

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 _____

Albumina 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

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).