



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

DIV. SALUD AMBIENTAL
DIV. SALUD DE LAS PERSONAS
DEPTO. DE EPIDEMIOLOGÍA
DEPTO. PROGRAMAS SOBRE AMBIENTE

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

ANEXO N° 1
FORMULARIO DE NOTIFICACION INMEDIATA Y ENVIO DE MUESTRAS PARA
CASOS SOSPECHOSOS DE INFECCIÓN POR HANTAVIRUS

S. SALUD NOTIFICA: _____ FECHA NOTIFICACIÓN ___/___/___/ (al Servicio de Salud)

FECHA NOTIFICACIÓN ___/___/___/ (al MINSAL)

ESTABLECIMIENTO: _____	Fono: _____	Fax: _____
DIRECCIÓN: _____	CIUDAD: _____	
MEDICO TRATANTE: _____		

<u>ANTECEDENTES DEL CASO</u>		RUT del paciente: _____
Nombres: _____		
Apellido Paterno: _____		Apellido Materno: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___/	Edad: _____	Sexo: () Hombre () Mujer
Ocupación: _____	Dirección: _____	
Ciudad: _____	Comuna: _____	
<u>FACTORES DE RIESGO (Puede ser mas de uno)</u>		
1. () Residente de sectores rurales	2. () Trabajador agrícola	
3. () Trabajador forestal	4. () Excursionista en localidades rurales	
5. () Contacto con caso confirmado (Nombre) _____	6. () Herida provocada por mordedura de ratón	
7. () Otro (especifique) _____		
<u>LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN:</u> _____		COMUNA _____
URBANO () RURAL ()	S. SALUD OCURRENCIA: _____	
<u>ANTECEDENTES CLÍNICOS:</u>		
Fecha de primeros síntomas: ___/___/___/	Fecha de 1° Consulta ___/___/___/	
Fecha de Hospitalización: ___/___/___/	Establecimiento: _____	
Estado del Paciente:	Fallecido ()	Fecha de Defunción: ___/___/___/
	Grave ()	
	No Grave ()	
Diagnóstico Clínico: _____		
Enfermedad leve por Hantavirus: ()		
Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus: ()		
Signos y Síntomas (Marque con una X lo que corresponda a):		
Fiebre Si () No ()	S.Gastrointestinales: Si () No ()	Recuento Blancos _____m3
Cefalea Si () No ()	Compromiso respiratorio: Si () No ()	c/Desviación Izquierda: Si () No ()
Mialgia: Si () No ()	Rx. Tórax con infiltrados: Si () No ()	Hematocrito elevado: Si () No ()
	Linfocitosis atípica: Si () No () (inmunoblastos >10%)	Trombocitopenia: Si () No () (< 150.000 mm3)
<u>EXAMENES DE LABORATORIO</u>		
Sangre total sin anticoagulante	Fecha: ___/___/___/	Fecha Envío Laboratorio ___/___/___/
Suero	Fecha: ___/___/___/	
Coagulo	Fecha: ___/___/___/	Enviado a Laboratorio: ISP ()
Necropsia (Especifique).....	Fecha: ___/___/___/	U.Austral Valdivia ()
Otros (Especifique).....	Fecha: ___/___/___/	U. Católica ()

Nombre de la persona que notifica _____

INSTRUCCIONES:

- 1. Este formulario debe ser llenado en todo caso sospechoso de Infección por Hantavirus y remitido antes de 48 horas a la unidad de Epidemiología del Servicio de Salud, con copia al Dpto. de Epidemiología del Ministerio de Salud, Fono: 5740122-5740091; Fax 6384390**
- 2. En caso de duda consultar a la unidad de Epidemiología del Servicio de Salud correspondiente o Departamento de Epidemiología MINSAL Fono: (2) 5740091; Fax: (2) 6384390 o e-mail ffuenzalida@minsal.cl, vsotomay@minsal.cl**
- 3. La recepción de muestras se realiza de Lunes a Viernes de 8:30 a 17:00 horas en sección de recepción de muestras. En otros horarios y días festivos enviarlo a portería del ISP. Fono: 5755291**
- 4. Sólo se aceptarán las muestras que vengan con este formulario, el cual debe ser completado en su totalidad y con letra IMPRENTA.**
- 5. Las muestras para estudio deberán ser enviadas en envase estéril, con tapa hermética, refrigerada y separada de otro tipo de muestras.**
- 6. En caso de dudas consultar a: a)Recepción Muestras ISP Fono: 5755187 b)Virología ISP Fono: 5755454**
- 7. Este formulario se encuentra disponible en la página Web del Ministerio de Salud, www.epi.minsal.cl.**