



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

SEREMI (Of. Provincial): _____ FECHA NOTIFICACIÓN __/__/__/ (a Autoridad Sanitaria)

FECHA NOTIFICACIÓN __/__/__/ (al MINSAL)

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

ANTECEDENTES DEL CASO		RUT del paciente: _____
Nombres: _____		
Apellido Paterno: _____		Apellido Materno: _____
Fecha de Nacimiento: __/__/__/	Edad: _____	Sexo: () Hombre () Mujer
Ocupación: _____	Dirección: _____	
Ciudad: _____	Comuna: _____	
FACTORES DE RIESGO (Puede ser mas de uno)		
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) _____		
LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN: _____		COMUNA _____
URBANO () RURAL ()	S. SALUD OCURRENCIA: _____	
ANTECEDENTES CLÍNICOS:		
Fecha de primeros síntomas: __/__/__/	Fecha de 1° Consulta __/__/__/	
Fecha de Hospitalización: __/__/__/	Establecimiento: _____	
Estado del Paciente:	Fallecido ()	Fecha de Defunción: __/__/__/
	Grave ()	
	No Grave ()	
Diagnóstico Clínico: _____	Fecha de Diagnóstico __/__/__/	
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)
EXAMENES DE LABORATORIO		
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 de la SEREMI de Salud, con copia al Dpto. de Epidemiología del Ministerio de Salud, Fono: 630 0461-6300891; Fax 6300505**
- 2. En caso de duda consultar a la unidad de Epidemiología de la SEREMI de Salud correspondiente o Departamento de Epidemiología MINSAL Fono: (2) 5740091; Fax: (2) 5740505 o e-mail 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: 3507261**
- 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: 3507244-247 b)Virología ISP Fono: 3507448-440**
- 7. Este formulario se encuentra disponible en la página Web del Ministerio de Salud, www.epi.minsal.cl.**