



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO

Enfermedades de notificación obligatoria Ley 15465/60.

Ficha Versión 2012

Caso sospechoso: enfermo febril agudo, con cefalea, mialgia, en ausencia de síntomas en vías aéreas superiores, con epidemiología compatible, seguido o no de ictericia, meningitis, nefropatía, neumonía, hemorragias.

Caso confirmado: es el caso confirmado por el laboratorio por: a) conversión serológica en muestras pareadas con la prueba de aglutinación microscópica (MAT); o b) aislamiento de cepa de leptospira a partir del cultivo en medios especiales de sangre heparinizada u orina. La orina no se considera la muestra de elección debido a que hay que alcalinizarla, evitar que se contamine en el proceso de extracción y debe ser tomada luego de los 15 días de evolución y sin haber recibido antibioticoterapia.

Los cultivos demandan tiempo y un resultado negativo no descarta la infección.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____ H.C.: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Referencia de ubicación domicilio: _____ Tel. propio o vecino: _____

Urbano Rural Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

Ocupación: _____ Guardería/ escuela/ trabajo: _____

DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de los síntomas ____/____/____ Fecha de primera consulta ____/____/____

Mialgias Cefalea Fiebre Inyección conjuntival Disnea Taquipnea Tos Ictericia

Disminución Diuresis Hemorragia Desorientación Sudoración profusa Falla Renal Meningitis

Otro: _____

RX de Tórax: Normal Patológica Descripción: _____

DATOS SOCIALES / ECONOMICOS / FAMILIARES

(En caso de notificaciones de menores, consignar los datos correspondientes al mayor a cargo. Aclarar quien)

Padre Madre Otro

INGRESO TOTAL FAMILIAR

NIVEL DE INSTRUCCION

Sabe leer y escribir Si No

Primaria completa Incompleta

Secundaria completa Incompleta

Univ./Terc. completa Incompleta

SITUACIÓN LABORAL

Trabajo estable Si No

Desocupado Si No

Recibe Plan Social Si No

Menos de \$ 1000

Entre \$ 1000 y \$ 2000

Entre \$ 2000 y \$ 3000

Más de \$ 3000

CONTEXTO FAMILIAR

Vive solo Si No

Hacinamiento Si No

(mas de 3 personas en una misma habitación)

PROVISION DE AGUA

De red Canilla Comunitaria

Vertiente Otro

DISPOSICION DE EXCRETAS

Cloaca Cielo abierto

Pozo ciego/Letrina

EXAMENES DE LABORATORIO

Hematocritos: _____ Plaquetas: _____ LDH: _____

Glóbulos Blancos Recuento: _____ Formula: _____

TGO/TGP: _____ Bilirrubina: _____ Urea: _____ Creatinina: _____ Hematuria: _____

Otros: _____

1° muestra: ____/____/____ Serología(*): IgM: ____ IgG: ____ PCR: ____ 2° muestra: ____/____/____ IgM: ____ IgG: ____ PCR: ____

Anatomía patológica de : Pulmón: _____ Hígado: _____ Riñón: _____

(*) TR ELISA MAT Aislamiento: _____

EVOLUCION

Paciente Hospitalizado: Si No UTI: Si No ARM: Si No Fecha hospitalización: ____/____/____

Curado Alta con secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Autopsia: Si No

La presente ficha se confeccionará por duplicado. Una copia para notificación a epidemiología. La otra para la solicitud del laboratorio

LEPTOSPIROSIS

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

¿Tuvo contacto con pacientes que padecieron leptospirosis o un cuadro similar? Si No

Estudio de contactos de riesgo del paciente

Contacto en el ámbito familiar

Nombre y Apellido	Tipo (1)	Dirección

(1) Como ejemplo: Familiar, vecino, amigo, etc

Contacto en el ámbito laboral (2) Tipo de actividad _____ Tiempo antes de enfermar: _____

Contacto en el ámbito recreativo (3) Tipo de actividad _____ Tiempo antes de enfermar: _____

(2) Como ejemplo: desmalezado, chiquero, limpieza de galpón, etc.

(3) Como ejemplo: campamento, salida de pesca, deportes en la montaña, etc.

Nombre y Apellido	Tipo	Dirección

Riesgo en domicilio y peridomicilio

Vivienda: Tipo y material de construcción: _____

Provisión de agua	Casa	Trabajo	Recreación
De red			
Canilla comunitaria			
Vertiente			
Otros			

Disposición de basura	Casa	Trabajo	Recreación
Recolección domiciliaria			
Tacho común/ contenedor(*)			
Quema periódica/basural			
Otros			

Disposición de excretas	Casa	Trabajo	Recreación
Cloacas			
Pozo ciego / letrina (*)			
Cielo abierto			

Contacto o cuidado	Cerdo	Jabalí	Caballos/ ovejas
Corral / Caza / Basural (*)			
Faena			
Vacuna / Otro (*)			

(*) marcar con círculo la opción que corresponde

	Casa	Trabajo	Lugar de recreación
¿Observó madrigueras de roedores en cercanías de...?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Observó roedores circulando en cercanías de...?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Observó caca de roedores en las cercanías de su ...?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Realizó tareas de captura de roedores en su...?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Manejó o tocó, bolsas de alimentos u otros materiales sucios con excrementos de roedores en su...?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene contacto habitual con perros?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Realizó otras actividades generales de campo? (desmalezado, posteo, etc.)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Realizó tareas en galpones? (Limpieza, apilado, acopio, esquilas, etc.)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Durmió o descanso a la intemperie?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Realizó actividades de limpieza de viviendas que estuvieran deshabitadas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Limpió altillos, sotanos, bauleras, silos o similar?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Suele caminar descalzo sobre pasto o tierra húmeda?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Estuvo en contacto con aguas servidas o limpiando alcantarillas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Estuvo recientemente en zonas inundadas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre del Profesional: _____

Establecimiento Notificante: _____

Tel.: _____ e-mail: _____ Localidad: _____

Fecha ____/____/20____

Firma y Sello Médico