



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

Menos de \$ 1000

Entre \$ 1000 y \$ 2000

Entre \$ 2000 y \$ 3000

Más de \$ 3000

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

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