



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO

Enfermedades de notificación obligatoria Ley 15465/60.

Ficha Versión 2012

Definición de caso - Caso sospechoso: síndrome respiratorio febril agudo con cefalea y neumonía con antecedentes de contacto o exposición a aves.

Caso probable: caso sospechoso con demostración de anticuerpos por las técnicas de inmunofluorescencia indirecta. Otra técnica es la reacción de fijación de complemento.

Caso confirmado: paciente sospechoso o probable con resultado positivo de al menos uno de los cuatro métodos de laboratorio: citodiagnóstico, inmunofluorescencia directa -IFD-, test de ELISA e inmunocromatografía

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 consulta ____/____/____

Fecha de internación ____/____/____

Establecimiento: _____

Astenia <input type="checkbox"/>	Cefalea <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/>	Bradicardia <input type="checkbox"/>
Fiebre <input type="checkbox"/>	Disnea <input type="checkbox"/>	Expectoración <input type="checkbox"/>	Sind. Meníngeo <input type="checkbox"/>
Mialgia <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia <input type="checkbox"/>	Neumonía <input type="checkbox"/>	Alteración sensorio <input type="checkbox"/>

Radiología: _____

Otros Signos y observaciones: _____

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

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Actividad de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana Periurbano Rural Silvestre

Estuvo en contacto con (20 días previos) :

aves sanas SI NO Cuál? _____ aves enfermas SI NO Cuál? _____

Dónde? Casa Campo Otro: _____

Lugar: Ambulante Feria Pajarería Veterinaria Otro: _____

Dirección: _____

Estuvo en contacto con personas con síntomas similares? SI NO Cuando? _____

Quiénes? _____

PSITACOSIS

EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de 1º muestra. ____/____/____ Material remitido : _____

Método: _____ Resultado: _____

Fecha de 2º muestra. ____/____/____ Material remitido: _____

Método: _____ Resultado: _____

Estudios del animal: Observación veterinaria: Autopsia:

Tipo de material derivado: _____

Laboratorio de referencia: _____

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Individual Tratamiento.....SI NO Droga _____

Quimioprofilaxis.....SI NO Droga. _____

Nº de personas con quimioprofilaxis indicadas: _____

Comunitaria

-Vigilancia clínica y serológica del grupo familiar y/o personas con riesgo similar SI NO

-Investigación de contactos y fuente de infección SI NO

-Realización de eutanasia de aves sospechosas con posterior envío a laboratorio SI NO

EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____

Alta sin secuelas Alta con secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido

Diagnóstico final _____ Laboratorio Nexo epidemiológico

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre del Profesional: _____

Establecimiento Notificante: _____

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

Fecha ____/____/20____ _____

Firma y Sello Médico