



## FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO

Enfermedades de notificación obligatoria Ley 15465/60.

Ficha Versión 2012

**Caso sospechoso:** toda persona con antecedente de haber ingerido carne de cerdo o de animal silvestre, que presente fiebre, edema facial, mialgias, conjuntivitis ocular, tarsal bilateral y diarrea.

**Caso probable:** Caso sospechoso con eosinofilia y enzimas musculares con actividad elevada (LDH, CPK, etc.)

**Caso confirmado:** Caso probable con Diagnóstico inmunológico (+) (ELISA, IFI, Western blot) luego del estudio de tres muestras seriadas, analizadas con intervalos de 30 días.

Nota: Como la triquinosis es una enfermedad endémica, la primer muestra serológica positiva podría ser por una enfermedad pasada. El diagnóstico definitivo se da a la tercera muestra, la primera y segunda son orientativas al médico tratante.

### 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 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		SITUACIÓN LABORAL		INGRESO TOTAL FAMILIAR	
Sabe leer y escribir	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trabajo estable	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Menos de \$ 1000	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	Desocupado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Entre \$ 1000 y \$ 2000	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	Recibe Plan Social	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Entre \$ 2000 y \$ 3000	<input type="checkbox"/>
Univ./Terc. completa	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>			Más de \$ 3000	<input type="checkbox"/>

#### CONTEXTO FAMILIAR

Vive solo Si  No   
 Hacinaamiento 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

#### Ingestión de carne fresca

Asado  Chorizo  Costillas  Matambre  Carne de cabeza

Otro: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Cocción de carne

Seca  Muy seca  Jugosa

#### Origen de la carne

Comercio  Casa de campo  Granja artesanal

#### Ingestión de carne seca de cerdo

Salame  Bondiola  Jamon  Costilla Ahumada

Otro: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Origen de la carne

Comercio  Casa de campo  Granja artesanal  Estancia  Venta ambulante

Otro: \_\_\_\_\_

# TRIQUINOSIS

## DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fiebre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Náuseas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Vómitos: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Diarrea: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Edema palpebral: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Conjuntivitis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Taquicardia frecuencia: \_\_\_ Extrasístoles: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Síntomas meringoencefalicos: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Dolores musculares Cint. lumbar: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cint. escapular: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Gemelos: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Últimos síntomas agudos: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Cuadriceps: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Finalización de algias musculares: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

## DATOS LABORATORIO

Relación Eosinofilos/neutrofilos	Fecha: ___/___/___	N	m <sup>3</sup>	E	m <sup>3</sup>
	Fecha: ___/___/___	N	m <sup>3</sup>	E	m <sup>3</sup>
	Fecha: ___/___/___	N	m <sup>3</sup>	E	m <sup>3</sup>

Enzimas* musculares	Fecha: ___/___/___	
	Fecha: ___/___/___	
	Fecha: ___/___/___	

\*Indicar el nombre de la enzimas

ELISA	Fecha: ___/___/___		
	Fecha: ___/___/___		
	Fecha: ___/___/___		

Western blot	Fecha: ___/___/___	
	Fecha: ___/___/___	
	Fecha: ___/___/___	

Otros: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Droga: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Esquema terapéutico \_\_\_\_\_

## DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificante: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico