

NOTIFICACIÓN DE CASO DE CISTICERCOSIS

Datos de filiación del enfermo

Nombre y apellido:
Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Sexo: M ☐ F ☐ DNI:
Domicilio: Barrio:
Localidad: Provincia: Teléfono:
Nacionalidad: ¿Cuanto hace que reside?:
Nivel de instrucción: Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Sin Estudios ☐

Antecedentes Epidemiológicos

Habitación: Adobe ☐ Choza ☐ Material Noble ☐ Otros:
Servicio Sanitarios: Baño con desagüe ☐ Letrina ☐ Campo libre ☐
Animales que posee: Cerdo ☐ Vaca ☐ Cabra ☐ Oveja ☐ Gato ☐ Perro ☐
Crianza del Cerdo: Domiciliario ☐ Peridomiciliario ☐
Consume carne de cerdo con frecuencia: Si ☐ No ☐
Consume verduras crudas: Si ☐ No ☐
Tipo de Agua que consume: De red ☐ Acequia ☐ Pozo ☐ Manantial ☐
Tipo de tratamiento : Clorada ☐ Hervida ☐
Ha consumido en los últimos días carne de cerdo:

Datos Clínicos

Tiene sintomatología actualmente: Si ☐ No ☐ Fecha inicio del síntoma:/...../.....
Tiempo de enfermedad: Dolor de cabeza ☐ Neuralgias ☐ Mareo ☐
Desmayos ☐ Epilepsia ☐ Convulsiones ☐ Dolor abdominal ☐ Dolor de cabeza ☐
Imágenes:

Antecedentes Familiares

Algún Familiar tiene o a tenido Cisticercosis: Si ☐ No ☐ Epilepsia: Si ☐ No ☐

Numero de miembros de la familia que presentaron síntomas:

Resultados de laboratorio

Hto: Físico-Químico de LCR:
Hb: Bancos: Formula Leucocitaria:
Otras serologías:
Observaciones:

Datos del notificante

Nombre y apellido del profesional:
Establecimiento notificante:
Teléfono: Fax: e-mail:
Localidad: Departamento:
Fecha de notificación:/...../.....