

NOTIFICACIÓN DE CASO DE HIDATIDOSIS

Datos de filiación del paciente

Nombre y apellido: Fecha de Nac.:...../...../.....

Edad:..... Sexo:..... DNI:..... Ocupación:

Domicilio actual:

Localidad: Departamento: Tel.:

Domicilio laboral:

Localidad: Departamento: Tel.:

Datos de la fuente de infección

¿Tiene antecedentes de actividad o residencia en área rural?: SI ☐ NO ☐

Localidad y departamento donde trabajaba y/o residía:

Tipo de tarea que realiza:

Contacto con ganado: ☐ Ovino ☐ Bovino ☐ Otros (aclarar):

Datos clínicos

Fecha de consulta:/...../..... ¿Primera consulta?: SI ☐ NO ☐

Forma clínica: Calcificado: SI ☐ NO ☐ Complicado: SI ☐ NO ☐

Localización del quiste:

☐ Hepática ☐ Pulmonar ☐ Otra (especificar):

Número de quistes: ☐ Único ☐ Múltiples

Tratamiento:

☐ Médico específico por primera vez ☐ Médico quirúrgico por primera vez

☐ Ulterior ☐ Recidiva

Lugar de internación o atención: Tel.:

Médico tratante: Tel./Cel.:

Datos de diagnóstico

☐ Clínico ☐ Radiológico ☐ Ecográfico ☐ Tomografía Axial Computada

Fecha de toma de muestra:...../...../.....

Observaciones:

Datos del notificante

Establecimiento notificante:

Nombre y apellido del profesional:

Tel/cel.: Fax: e-mail:

Localidad: Departamento:

Fecha de notificación:/...../.....

.....
Firma

Enviar ficha y muestra refrigerada a

Área de Epidemiología – Ministerio de Salud de Córdoba
Rosario de Santa Fe 374, 2do piso. Hospital San Roque Viejo - Centro, Córdoba (5000)
Tel.: 0351 4341543/44 – Guardia 24 hs. 0351-153463803.
E-mails: epidemiologia@cba.gov.ar / epidemiologiaccordoba@gmail.com
Web: <http://www.cba.gov.ar/epidemiologiaweb>

Ministerio de
SALUD