

Datos de filiación del paciente

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

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

Domicilio real:

Localidad: Departamento: Tel.:

Domicilio accidental:

Localidad: Departamento: Tel.:

Datos de la fuente de infección

Producto ingerido: Preparación: Casera Comercial

Fecha de la ingesta:/...../..... Número de personas que consumieron:

Exámen triquinoscópico: SI NO ¿ Dónde?

Lugar de expendio: Domicilio:

Localidad: Departamento: Tel.:

Datos clínicos

Fecha de inicio de síntomas:/...../..... Fecha de consulta:/...../.....

Diarrea Vómitos Edema palpebral

Cefalea Fiebre Inyección conjuntival

Exantema Mialgias. Zonas:

Recuento glóbulos blancos: Eosinofilia:% CPK:

Tratamiento: Duración:

Otros:

Datos de laboratorio

	Fecha toma muestra		Fecha toma muestra		Fecha toma muestra
1 ^{er} Muestra	/ /	2 ^{da} Muestra	/ /	3 ^{er} Muestra	/ /

Observaciones

Datos del notificante

Establecimiento notificante:

Nombre y apellido del profesional:

Tel/cel.: Fax: e-mail:

Localidad: Departamento:

Fecha de notificación:/...../.....

.....
Firma