

## NOTIFICACIÓN DE CASO DE HIDATIDOSIS

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M DNI: \_\_\_\_\_  
Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino/a: \_\_\_\_\_  
Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Urbano  Rural Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Domicilio laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

### 2. DATOS DE LA FUENTE DE INFECCIÓN

¿Tiene antecedentes de actividad o residencia en área rural?: \_\_\_\_\_  
Localidad y departamento donde trabaja/trabajaba y/o reside/residía: \_\_\_\_\_  
Tipo de tarea que realiza/ realizaba: \_\_\_\_\_  
Contacto con ganado:  Ovino  Bovino  Otros: \_\_\_\_\_  
¿Tiene o tenía perro en la zona de riesgo?  Si  No  
Antecedentes familiares con hidatidosis:  Si  No  
Vivía cerca del matadero cuando era niño/a  Si  No  
**Si actualmente vive en zona rural:**  
¿Faena en el domicilio?:  Si  No  
¿Alimenta a los perros con vísceras?:  Si  No  
¿Consume verduras de su quinta?:  Si  No  
¿Hierve el agua de consumo?:  Si  No

### 3. DATOS CLÍNICOS.

Fecha de consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ¿Primera consulta?:  SI  NO  
Forma clínica:  Calcificado  Complicado  
Localización del quiste:  Hepática  Pulmonar Otra: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

## NOTIFICACIÓN DE CASO DE HIDATIDOSIS

### 4. DATOS DE DIAGNÓSTICO

Clínico                       Radiológico                       Ecográfico                       Tomográfica Axial Computada

Fecha de toma de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

### 5. OBSERVACIONES

### 6. DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre de profesional notificante: \_\_\_\_\_

Establecimiento notificante: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Fecha de notificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Firma y sello de médico/a: \_\_\_\_\_