

NOTIFICACIÓN DE CASO DE RICKETTSIOSIS

1. DATOS 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: _____

2. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación y actividad: _____
Condiciones habitacionales (especificar): _____
Contacto con animales (especificar): _____
¿Realizó viajes durante el último año? (lugar y fecha): _____

3. DATOS CLÍNICOS

SÍNTOMAS CLÍNICAMENTE COMPATIBLES

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Mialgias | <input type="checkbox"/> Transaminasas hepáticas elevadas |
| <input type="checkbox"/> Erupción maculopapulosa | <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Leucopenia | <input type="checkbox"/> Lesión en sitio de probable mordedura del vector |

OTROS DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___
Enfermedad inmunosupresora de base: SI NO (especificar): _____
Otras patologías de base: SI NO (especificar): _____

ESPECIFICAR APARICIÓN DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES DURANTE EL TRANSCURSO DE LA ENFERMEDAD:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Síndrome distress respiratorio | <input type="checkbox"/> Coagulopatía intravascular diseminada |
| <input type="checkbox"/> Falla renal | <input type="checkbox"/> Meningitis / encefalitis |

4. EVOLUCIÓN

Ambulatorio/a Internado/a Fallecido/a Fecha de hospitalización: ___/___/___
Tratamiento previo a la toma de muestra SI NO especificar: _____

5. DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre del profesional notificante: _____
Establecimiento notificante: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ e-mail: _____
Localidad: _____ Departamento: _____
Fecha de notificación: ___/___/___

Firma y sello de médico/a: _____