

## NOTIFICACIÓN DE CASO DE TOXOCARA

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

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

### 2. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Posee perros:  Si  No ¿Cuántos?: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_  
Lugar de residencia hasta los 4 años de edad: \_\_\_\_\_  
Concurrencia frecuente a plazas y areneros:  Si  No Casa con piso de tierra:  Si  No  
Antecedentes de otros familiares con Toxocariasis:  Si  No

### 3. ANTECEDENTES CLÍNICOS

Tos:  Si  No Sibilancia:  Si  No Fiebre:  Si  No  
Alergias:  Si  No Hepatomegalia:  Si  No Esplenomegalia:  Si  No  
Urticarias:  Si  No Convulsiones:  Si  No Lesión ocular:  Si  No  
Otros: \_\_\_\_\_

### 4. DATOS DE LABORATORIO

Glóbulos blancos: \_\_\_\_\_ Hematocritos: \_\_\_\_\_ Recuento de Eosinófilos: \_\_\_\_\_  
Isohemaglutininas: \_\_\_\_\_ GOT: \_\_\_\_\_ GPT: \_\_\_\_\_ Fosfatasa alcalina: \_\_\_\_\_  
IgE: \_\_\_\_\_ IgA: \_\_\_\_\_ IgG: \_\_\_\_\_ IgM: \_\_\_\_\_  
Fecha de toma de 1° muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fecha de toma de 2° muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 5. TRATAMIENTO

Antiparasitario: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
Duración del tratamiento: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_