

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: _____