



Ministerio de Salud

FICHA DE INVESTIGACION DE CASOS DE PSITACOSIS

PS

Definición de caso

Caso sospechoso: síndrome respiratorio febril agudo con cefalea y neumonía con antecedentes de contacto o exposición a aves.

Caso probable: caso sospechoso con demostración de anticuerpos por las técnicas de inmunofluorescencia indirecta. Otra técnica es la reacción de fijación de complemento.

Caso confirmado: paciente sospechoso o probable con resultado positivo de al menos uno de los cuatro métodos de laboratorio: citodiagnóstico, inmunofluorescencia directa -IFD-, test de ELISA e inmunocromatografía

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____

Apellido y Nombre del Profesional: _____

Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____

Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____

Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____

Urbano Rural Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de los síntomas ____/____/____. Fecha de consulta ____/____/____

Fecha de internación ____/____/____

Astenia Bradicardia Disnea Sind. Meníngeo

Fiebre Esplenomegalia Tos Alteración sensorio

Cefalea Expectoración

Mialgia Neumonía

Radiología _____

Otros Signos y observaciones: _____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana Periurbano Rural Silvestre

Estuvo en contacto con:

aves sanas SI NO Cuál? _____ aves enfermas SI NO Cuál?. _____

Dónde? Casa Campo Otro.. _____

Lugar de compra: Ambulante Feria Pajarería Veterinaria Otro . _____

Dirección: _____

Estuvo en contacto con personas con síntomas similares? SI NO Cuando? _____

Quiénes? _____



6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de 1º muestra. ____/____/____. Material remitido: ____
Método: ____ Resultado: ____
Fecha de 2º muestra. ____/____/____. Material remitido: ____
Método: ____ Resultado: ____

Individual Tratamiento..... SI [] NO Droga ____
Quimioprofilaxis..... SI [] NO Droga. ____
Nº de personas con quimioprofilaxis indicadas ____

Comunitaria

- Vigilancia clínica y serológica del grupo familiar y/o personas con riesgo similar SI [] NO []
-Investigación de contactos y fuente de infección SI [] NO []
-Realizar eutanasia de aves sospechosas con posterior envío a laboratorio SI [] NO []

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si [] No [] Se ignora [] Fecha hospitalización: ____/____/____
Alta sin secuelas [] Alta con secuelas [] Fallecido [] Fecha ____/____/____ Desconocido []
Diagnóstico final ____ Laboratorio [] Nexo epidemiológico []

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico