

FICHA INVESTIGACION CASOS DE PSITACOSIS

DEFINICION DE CASO de Psitacosis:

Sospechoso: Síndrome respiratorio febril agudo con cefalea y neumonía con antecedentes de contacto o exposición a aves.

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

Confirmado: Paciente sospechoso o probable con resultado positivo de al menos uno de los cuatro métodos de laboratorio: citodiagnóstico, inmunofluorescencia directa, test de ELISA o inmunocromatografía.

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO y NOMBRE:

Fecha de nacimiento ___/___/___ Edad: Sexo M F DNI:

Domicilio actual: Localidad: Departamento:

Referencia de ubicación del domicilio: Teléfono:

DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de los síntomas: ___/___/___ Fecha de consulta: ___/___/___

Ambulatorio Hospitalizado Fecha de internación ___/___/___

Signos observados:

Astenia Bradicardia Disnea Síndrome meníngeo

Fiebre Esplenomegalia Tos Alteración del sensorio

Cefalea Expectorcación

Mialgia Neumonía

Radiología:

Otros signos y observaciones:

DATOS EPIDEMIOLOGICOS (desde 15 días antes del inicio de la enfermedad)

Ocupación de riesgo: Domicilio laboral:

Contacto con aves sanas: Si No Cuál: Contacto con aves enfermas: Si NO Cuál:

Dónde? Casa Campo Otro:

Dirección:

Contacto con personas con síntomas similares Si No Quiénes?

EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha 1ª muestra: ___/___/___ Material remitido:

Método: Resultado:

Fecha 2ª muestra ___/___/___ Material remitido:

Método: Resultado:

EVOLUCION Y CLASIFICACION FINAL DEL CASO

Curado En observación Fallecido Desconocido

Diagnóstico final: por Laboratorio por Nexo epidemiológico

ACCIONES DE CONTROL

Tratamiento: Si No Droga:

Vigilancia clínica y serológica del grupo familiar y/o personas con riesgo similar Si No

Investigación de contactos y fuente de infección Si No

Eutanasia de aves sospechosas Si No

DATOS DEL DECLARANTE

Establecimiento notificador: Fecha de notificación ___/___/___

Apellido y nombre del profesional:

Teléfono: Fax: e-mail: