



Definición de caso

Caso sospechoso: persona con presencia de masa quística (única ó múltiple) localizada en distintos órganos, frecuentemente hígado o pulmón y asociado con aspectos epidemiológicos de la enfermedad.

Caso probable: caso sospechoso más el diagnóstico por imágenes: radiografía, ecografía y/o tomografía axial computerizada (TAC) y/o HAI.

Caso confirmado: El caso probable confirmado por:

a.- Pruebas serológicas, ELISA/Western blot.

b.- Visualización directa por microscopía de protoesócosos o ganchos del cestodo, restos de membranas y estudio histopatológico de la pieza extraída por cirugía

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: ____/____/____
 Asintomático Vómica Masa
Localización del quiste: Hepático Pulmonar Abdominal Otros: _____
Características: Quiste único Quiste múltiple Quiste calcificado Quiste complicado
Diagnóstico por imágenes:
 RX: _____
 Ecografía: _____
 TAC: _____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana Periurbano Rural Silvestre
 Trabajó o vivió en zona rural? SI NO
 Cria o crió animales como caprinos, ovinos, bovinos, porcinos? SI NO
 Tiene perros: SI NO Perro parasitado: SI NO Perro tratado: SI NO
 Fecha última desparasitación: ____/____/____
 Alimenta a sus perros con vísceras crudas? SI NO

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra.. ___/___/____. Material remitido: _____
Método: _____ Resultado: _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Tratamiento del paciente:

Farmacológico: SI NO Primera vez Ulterior

Droga: _____ Dosis _____ Días: _____

Quirúrgico: SI NO Primera vez Recidiva

Control serológico y o ecográfico anual en poblaciones expuestas

al riesgo para detección temprana de portadores asintomático SI NO Nº controles realizados _____

Educación para la promoción de la salud SI NO

Cumplir con la desparasitación periódica (cada 45 días) de todos los perros en zonas endémicas 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