

## TRIQUINOSIS FICHA CLINICO-EPIDEMIOLOGICA

Institución notificadora: .....

Fecha de notificación: .....

### DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Apellido y nombre: ..... Edad: ..... D.N.I: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Departamento: ..... Provincia: .....

Teléfono/ Tel. celular/ e-mail:.....

### ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

#### INGESTION DE CARNE FRESCA DE CERDO

Fecha de ingestión: ...../ ...../.....

Asado  Chorizo  Costillas  Matambre  Carne de cabeza

Otros:

**Cocción de la carne:** Seca  Muy seca  Jugosa

**Origen de la carne:** Comercio  Casa de campo  Artesanal  Otro

Datos de identificación del origen:

#### INGESTION DE EMBUTIDOS O CARNES SECAS DE CERDO

Fecha de ingestión: ...../ ...../.....

Salame  Bondiola  Jamón crudo  Costilla ahumada

**Origen de la carne:** Comercio  Casa de campo  Puesto en ruta  Ambulante   
Otro

Datos de identificación del origen:

#### ANTECEDENTES DE OTROS EXPUESTOS

## ANTECEDENTES CLINICOS

Fecha de 1° síntomas: ...../...../.....

Fecha de consulta: ...../... ..../.....

Fiebre

Náuseas

Vómitos

Diarrea

Edema palpebral

Conjuntivitis

Taquicardia

Extrasístoles

Síntomas meningoencefalíticos

Dolores musculares  Grupos musculares afectados: .....

Fecha de Inicio de algias musculares: ...../...../..... Fecha de Finalización de algias musculares: ...../...../.....

Otros síntomas: .....

Fecha últimos síntomas agudos: ...../...../.....

## ANTECEDENTES de LABORATORIO

Relación eosinófilos/neutrófilos	Fecha: / /	N:	mm3	E:	mm3
	Fecha: / /	N:	mm3	E:	mm3
	Fecha: / /	N:	mm3	E:	mm3

Enzimas Musculares *	Fecha: / /	(* Indicar nombre de la enzima: CPK total / CPK-MB)
	Fecha: / /	
	Fecha: / /	

Elisa / IFI	Fecha: / /
	Fecha: / /
	Fecha: / /

Western blot	Fecha: / /
	Fecha: / /
	Fecha: / /

Otros:

## TRATAMIENTO

Esquema terapéutico:

Fecha de inicio:

Firma y aclaración profesional notificante:

---