



FICHA DE INVESTIGACIÓN Y SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE CHAGAS CRÓNICO

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI-CE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

PROVINCIA:

DEPARTAMENTO:

DATO DE REFERENCIA PARA UBICAR LA VIVIENDA:

H. CLÍNICA N°:

EDAD:

LOCALIDAD:

TELÉFONOS DE CONTACTO (AL MENOS DOS):

INSTITUCIÓN DE REFERENCIA

HOSPITAL/CENTRO DE SALUD:

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS (Encierre con un círculo)

RESIDENCIA EN ZONA ENDÉMICA: SI / NO MADRE CON CHAGAS: SI / NO
RECIBIÓ TRANSFUSIONES DE SANGRE: SI / NO VIVIENDAS CON VINCHUCAS: SI / NO
RECEPCIÓN DE ÓRGANOS: SI / NO
INMUNOCOMPROMETIDO: SI / NO OTROS:

ANTECEDENTES:

GRUPO FAMILIAR: NIÑOS (Cantidad):

EDADES: ____/____/____/____/____

TESTEADOS PARA CHAGAS: SI / NO CUÁNTOS:

CLÍNICA DE INFECCIÓN POR CHAGAS: SI / NO

CUÁL:

EXAMEN FÍSICO

PESO ACTUAL DEL PACIENTE:

TIENE DATOS PATOLÓGICOS: SI/NO

CUÁL/ES:

SEROLOGÍA CHAGAS:

FECHA ____/____/____ RESULTADOS: HAI _____ ELISA _____ IFI _____

ESTUDIOS PARASITOLÓGICOS (STROUT) SERIADOS POR 3:

TIPO DE ESTUDIO:

FECHAS: 1° 2° 3°

RESULTADO:

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

LABORATORIO (HEMOGRAMA-HEPATOGRAMA-CREATININA-ORINA):

ECG:

RX TORAX:

OTROS:

DIAGNÓSTICO (Marcar con una cruz)

CHAGAS CRÓNICO SIN PATOLOGÍA DEMOSTRADA _____

CHAGAS CRÓNICO CON PATOLOGÍA DEMOSTRADA _____



TRATAMIENTO

RADANIL (BENZNIDAZOL) DOSIS/Kg/día _____

Nº comprimidos o sellos entregados por 30 días _____

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: ____ / ____ / ____

TIEMPO DE TRATAMIENTO: 30 días / 60 días

INTOLERANCIA: SI / NO

SIGNOS PRESENTADOS:

FECHA DE ALTA: ____ / ____ / ____

CONDICIONES AL ALTA:

TRATAMIENTO COMPLETO: SI / NO

OTROS: _____

TRATAMIENTO DOMICILIARIO:

CON PESTICIDAS: 1º CICLO _____ 2º CICLO _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE:

TELÉFONO DE CONTACTO DEL PROFESIONAL:

FIRMA Y SELLO

Definición de caso:

1-CHAGAS CRÓNICO **SIN** PATOLOGÍA DEMOSTRADA: forma clínica de la fase crónica que se caracteriza por la presencia de serología reactiva para T. cruzi y **ausencia** de lesión orgánica compatible (cardíaca o digestiva) que sea clínicamente evidente o detectable por estudios complementarios

2-CHAGAS CRÓNICO **CON** PATOLOGÍA DEMOSTRADA: Forma clínica de la fase crónica que se caracteriza por presentar serología reactiva para T. cruzi y **presencia** de lesión orgánica compatible con la enfermedad de Chagas (cardíaca, digestiva).