



Definición de caso

Sospechoso: síndrome febril inespecífico acompañado de transpiración profusa, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea, artralgia y dolor generalizado, vinculado epidemiológicamente a contacto ocupacional con animales o consumo de productos de origen animal contaminados.

Probable: caso sospechoso con una prueba serológica de tamizaje positiva (aglutinación con antígeno tamponado (BPA), Rosa de Bengala (RB), microaglutinación para B canis (RSAT), Huddleson)

Confirmado: caso sospechoso o probable que es confirmado en laboratorio. (Bacteriológicas: aislamiento de Brucella spp del espécimen clínico (hemocultivo, mielocultivo, biopsias, etc) Serológicas: prueba de Wright y otras que permiten la detección de anticuerpos IgG específicos en suero del paciente (Fijación de Complemento, CELISA, IELISA, etc.)

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 primera consulta ____/____/____
 Diagnóstico previo de Brucelosis Si No
 Inicio súbito Inicio insidioso Fiebre continua Fiebre intermitente Cefalea Astenia
 Mialgias Artralgias Sudoración profusa Depresión Anorexia Pérdida de peso

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana Periurbano Rural Silvestre
 Si cambio de ocupación dentro de los 6 meses de comienzo, indicar ocupación previa: _____
 Contacto con vacas, cabras o cerdos dentro de los 6 meses anteriores a la fecha de comienzo: Si No Se Ignora
 Contacto con vacuna bovina cepa 19 o Rev-1 Si No Fecha: ____/____/____
 Consume leche o derivados : Nunca Ocasionalmente Frecuentemente
 Consume leche cruda o derivados lácteos crudo? Si No
 Especificar productos, fuentes de provisión y fechas _____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

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



6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Tratamiento del paciente:

Droga 1: _____ Dosis _____ Días: _____

Droga 2: _____ Dosis _____ Días: _____

Investigación de los contactos y expuestos al mismo riesgo: Si No

Se identificó el vehículo común de infección

(ej.: leche cruda, quesos, otros lácteos): Si No Cuál? _____

Se hicieron pruebas en el ganado sospechoso y se eliminaron a los reactivos: 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

