



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 computarizada (TAC) y/o HAI.

Caso confirmado: El caso probable confirmado por:

a.- Pruebas serológicas, ELISA/Western blot.

b.- Visualización directa por microscopía de protoescolices 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 N° 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