



DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre Edad Sexo

Domicilio Localidad

Ocupación:

DATOS DEL PRODUCTO INGERIDO

FECHA DE INGESTA

Panceta Chorizo Jamón Bondiola Otros

Preparación: Casera Comercial Lugar de Compra

Se realizó análisis triquinoscópico: Si No Se desconoce

Donde se realizó

DATOS DE LA ENFERMEDAD

FECHA DE LOS PRIMEROS SINTOMAS

Dolores musculares: Zona afectada: Espalda Brazos Piernas Otros

Edema Bupalpebral: Vómitos:

Diarréas: Fiebre:

Cefaléa: Eosinofilia: < 5 > 6

Asintomático Otros síntomas:

TRATAMIENTO INSTITUIDO

Medicamento, dosis y duración:

LABORATORIO

(Espacio reservado para el Laboratorio de Triquinosis)

1ª Muestra: Fecha / / Título:

2ª Muestra: Fecha / / Título:

3ª Muestra: Fecha / / Título:

NOTIFICACION

FECHA

Establecimiento Tel/Fax:

Médico tratante

Domicilio Localidad

Observaciones:

TRIQUINOSIS - A