

NOTIFICACIÓN DE CASO DE CISTICERCOSIS

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
Barrio: _____ Localidad: _____
 Urbano Rural Departamento: _____ Provincia: _____
Nacionalidad: _____ ¿Cuánto hace que reside?: _____
Nivel de instrucción: Primario Secundario Superior Sin estudios

2. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Habitación: Adobe Choza Material noble Otros: _____
Servicios sanitarios: Baño con desagüe Letrina Campo libre
Animales que posee: Cerdo Vaca Cabra Oveja Gato Perro
Crianza de cerdo: Domiciliaria Peridomiciliaria
Consumo carne de cerdo con frecuencia: Si No
Consumo verduras crudas: Si No
Tipo de agua que consume: De red Acequia Pozo Manantial
Tipo de tratamiento: Clorada Hervida
Ha consumido en los últimos días carne de cerdo: _____

3. DATOS CLÍNICOS

Tiene sintomatología actualmente: Si No Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___
Tiempo de enfermedad: _____ Dolor de cabeza Neuralgias Mareo
 Desmayos Epilepsia Convulsiones Dolor abdominal Dolor de cabeza
Imágenes: _____

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Algún familiar tiene o ha tenido Cisticercosis: Si No Epilepsia: Si No
Número de miembros de la familia que presentaron síntomas: _____

5. RESULTADOS DE LABORATORIO

Hto: _____ Físico- Químico de LCR: _____
Hb: _____ Bancos: _____ Fórmula leucocitaria: _____
Otras serologías: _____
Observaciones: _____

6. DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre de profesional notificante: _____
Establecimiento notificante: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____
Localidad: _____ Departamento: _____
Fecha de notificación: ___/___/___

Firma y sello de médico/a: _____