

NOTIFICACIÓN DE CASO DE HIDATIDOSIS

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/_____ Edad: _____ Sexo: F M DNI: _____

Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino/a: _____

Barrio: _____ Localidad: _____

Urbano Rural Departamento: _____ Provincia: _____

Domicilio laboral: _____ Teléfono: _____

Localidad: _____ Departamento: _____

2. DATOS DE LA FUENTE DE INFECCIÓN

¿Tiene antecedentes de actividad o residencia en área rural?: _____

Localidad y departamento donde trabaja/trabajaba y/o reside/residía: _____

Tipo de tarea que realiza/ realizaba: _____

Contacto con ganado: Ovino Bovino Otros: _____

¿Tiene o tenía perro en la zona de riesgo? Si No

Antecedentes familiares con hidatidosis: Si No

Vivía cerca del matadero cuando era niño/a Si No

Si actualmente vive en zona rural:

¿Faena en el domicilio?: Si No

¿Alimenta a los perros con vísceras?: Si No

¿Consume verduras de su quinta?: Si No

¿Hierve el agua de consumo?: Si No

3. DATOS CLÍNICOS.

Fecha de consulta: ___/___/_____ ¿Primera consulta?: SI NO

Forma clínica: Calcificado Complicado

Localización del quiste: Hepática Pulmonar Otra: _____

Número de quistes: Único Múltiples

Tratamiento:

Médico específico por primera vez Médico quirúrgico por primera vez

Ulterior Recidiva

Lugar de internación o atención: _____ Tel. _____

Médico tratante: _____ Tel/cel: _____

NOTIFICACIÓN DE CASO DE HIDATIDOSIS

4. DATOS DE DIAGNÓSTICO

Clínico Radiológico Ecográfico Tomográfica Axial Computada

Fecha de toma de muestra: ___/___/____

5. 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: _____