

## NOTIFICACIÓN DE CASO DE RICKETTSIOSIS

### 1. DATOS 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: \_\_\_\_\_

### 2. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación y actividad: \_\_\_\_\_  
Condiciones habitacionales (especificar): \_\_\_\_\_  
Contacto con animales (especificar): \_\_\_\_\_  
¿Realizó viajes durante el último año? (lugar y fecha): \_\_\_\_\_

### 3. DATOS CLÍNICOS

#### SÍNTOMAS CLÍNICAMENTE COMPATIBLES

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre                  | <input type="checkbox"/> Mialgias   | <input type="checkbox"/> Transaminasas hepáticas elevadas                 |
| <input type="checkbox"/> Erupción maculopapulosa | <input type="checkbox"/> Cefalea    | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia                                  |
| <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Leucopenia | <input type="checkbox"/> Lesión en sitio de probable mordedura del vector |

#### OTROS DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Enfermedad inmunosupresora de base:  SI  NO (especificar): \_\_\_\_\_  
Otras patologías de base:  SI  NO (especificar): \_\_\_\_\_

#### ESPECIFICAR APARICIÓN DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES DURANTE EL TRANSCURSO DE LA ENFERMEDAD:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Síndrome distress respiratorio | <input type="checkbox"/> Coagulopatía intravascular diseminada |
| <input type="checkbox"/> Falla renal                    | <input type="checkbox"/> Meningitis / encefalitis              |

### 4. EVOLUCIÓN

Ambulatorio/a  Internado/a  Fallecido/a Fecha de hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tratamiento previo a la toma de muestra  SI  NO especificar: \_\_\_\_\_

### 5. DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre del profesional notificante: \_\_\_\_\_  
Establecimiento notificante: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
Fecha de notificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma y sello de médico/a: \_\_\_\_\_