

## NOTIFICACIÓN DE CASO DE TRIQUINOSIS

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F DNI: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o del vecino/a: \_\_\_\_\_  
Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Urbano  Rural Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

### 2. DATOS DE LA FUENTE DE INFECCIÓN

Producto ingerido: \_\_\_\_\_ Preparación:  Casera  Comercial  
Fecha de la ingesta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número de personas que consumieron: \_\_\_\_\_  
Examen triquinoscópico:  SI  NO ¿Dónde?: \_\_\_\_\_  
Lugar de expendio: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### 3. DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Diarrea  Edema palpebral  Fiebre  Exantema  Inyección conjuntival  
 Vómito  Cefalea  Mialgias (zonas): \_\_\_\_\_  
Recuento de glóbulos blancos: \_\_\_\_\_ Eosinofilia: \_\_\_\_\_ CPK: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

### 4. DATOS DE LABORATORIO

1° Muestra	Fecha toma muestra ___/___/___	2° Muestra	Fecha toma muestra ___/___/___	3° Muestra	Fecha toma muestra ___/___/___
------------	-----------------------------------	------------	-----------------------------------	------------	-----------------------------------

### 5. OBSERVACIONES

### 6. DATOS DEL NOTIFICANTE

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

Firma y sello del médico/a: \_\_\_\_\_