



## FICHA DE INVESTIGACIÓN Y NOTIFICACIÓN BRUCELOSIS

SE NOTIFICA EL CASO CONFIRMADO

Caso

confirmado por laboratorio: caso sospechoso o probable con estudios bacteriológicos positivos: aislamiento de *Brucella* spp de la muestra clínica a través de: hemocultivo, mielocultivo, biopsias; o dos o más pruebas serológicas de laboratorio.

Caso confirmado por nexo: todo caso sospechoso o probable con nexo epidemiológico (ocupacional o contacto con la misma fuente) de un caso confirmado.

### DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Edad  Años  Meses  Días Sexo  F  M C.I. N°

Domicilio \_\_\_\_\_

Depto \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Zona: Urbana  Rural  País \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Ocupación  Dirección trabajo \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

¿Trabaja en actividades ganaderas con ganado vacuno, ovino, caprino o porcino?  SI  NO

#### Actividades realizadas:

Limpieza de piquetes	<input type="checkbox"/>	Fabricación de derivados lácteos	<input type="checkbox"/>	Trabajo matadero o carnicería	<input type="checkbox"/>
Limpieza de galpones	<input type="checkbox"/>	Transporte de ganado	<input type="checkbox"/>	Caza animales silvestres	<input type="checkbox"/>
Ordeño	<input type="checkbox"/>	Atención veterinaria	<input type="checkbox"/>	Otras	_____

Consumo leche cruda?  SI  NO De dónde proviene esa leche? \_\_\_\_\_

Consumo queso de elaboración casera?  SI  NO Lugar de elaboración \_\_\_\_\_

Es trabajador de salud?  SI  NO Establecimiento \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha inicio síntomas  /  /  Fecha 1° consulta  /  /  Centro \_\_\_\_\_

#### Signos y síntomas

Fiebre	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	Infección localizada	<input type="checkbox"/>	Sudoración profusa	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	Otros	_____
Artralgia	<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	Dolor generalizado	<input type="checkbox"/>		

Hospitalizado  SI  NO Fecha hosp.  /  /  Diagnóstico ingreso

### DATOS DE LABORATORIO

	Resultado	Fecha
Plaquetas	/mm3	/ /
Leucocitos	/mm3	/ /
Segmentados	%	/ /
Hemoglobina	g/dl	/ /
Hematocrito	%	/ /

	Resultado	Fecha
Cultivo		/ /
Otra técnica para Brucella	Resultado	Fecha

### CONDICIÓN AL EGRESO

Fecha de egreso  /  /

Tipo de egreso Alta   
Fallecido   
Transferido

Establecimiento de transferencia \_\_\_\_\_

### DATOS DEL NOTIFICANTE

Fecha de notificación  /  /  Nombre del Notificante \_\_\_\_\_

EESS \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_\_