

## FICHA DE INVESTIGACIÓN

### BRUCELOSIS

Caso sospechoso: síndrome febril inespecífico acompañado de transpiración profusa, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea, artralgia o dolor generalizado, vinculado epidemiológicamente a contacto ocupacional con animales o consumo de productos de origen animal contaminados.

#### 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"/>	Otros _____ <input type="checkbox"/>

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 _____ <input type="checkbox"/>
Artralgia <input type="checkbox"/>	Anorexia <input type="checkbox"/>	Dolor generalizado <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>

Hospitalizado  SI  NO Fecha hosp.  /  /  Diagnóstico ingreso \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LABORATORIO

	Resultado	Fecha		Resultado	Fecha
Plaquetas	/mm <sup>3</sup>	/ /	Cultivo	/ / /	/ / /
Leucocitos	/mm <sup>3</sup>	/ /	Otra técnica para Brucella	Resultado	Fecha
Segmentados	%	/ /			
Hemoglobina	g/dl	/ /			
Hematocrito	%	/ /			

#### 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. \_\_\_\_\_