

FICHA DE INVESTIGACION NEPIDEMIOLOGICA DE CASO DE EQUINOCOSIS QUISTICA

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

ESTABLECIMIENTO QUE NOTIFICA.....

MINSA () ESSALUD () CLINICA PRIVADA ()

FECHA DE NOTIFICACION/...../.....

2. DATOS DEL PACIENTE.

APELLIDOS Y NOMBRES.....

LUGAR DE NACIMIENTO.....

FECHA DE NACIMIENTO. / / EDAD..... SEXO: M () F ()

DNI:

DIRECCION: LOCALIDAD. DISTRITO.

PROVINCIA. DEPARTAMENTO.

URBANO () RURAL ()

DOMICILIO ANTERIORES:

URBANO () RURAL ()

3. DATOS CLINICOS:

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS...../...../..... FECHA DE CONSULTA...../...../.....

FECHA DE INTERVENCION:/...../.....

DOLOR EN HIPOCONDRIOS DERECHO: SI () NO ()

PRESENCIA DE MASA PALPABLE: SI () NO ()

NAUSEAS: SI () NO ()

VOMITOS: SI () NO ()

ICTERICIA: SI () NO ()

FIEBRE: SI () NO ()

DOLOR TORAXICO: SI () NO ()

TOS CRONICO: SI () NO ()

DISNEA: SI () NO ()

HEMOPTISIS: SI () NO ()

BRONCOESPASMO: SI () NO ()

LOCALIZACION: HEPATICO () PULMONAR: () ABDOMINAL ()

OTROS:

CARACTERISTICAS: QUISTE UNICO () QUISTE MULTIPLE () QUISTE COMPLICADOS ()

QUISTE CALCIFICADO ()

DIAGNOSTICO POR IMÁGENES:

RX.

ECOGRAFIA.

TAC:

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS:

OCUPACION DE RIESGO

LUGAR DE TRABAJO: URBANO () PERIURBANO () RURAL ()

¿TRABAJO O VIVIO EN ZONA RURAL? SI () NO ()

CRIANZA DE ANIMALES CAPRINOS, OVINOS, BOVINOS, PORCINOS SI () NO ()

CRIANZA DE PERROS SI () NO ()

PERRO PARASITADO SI () NO ()

PERRO TRATADO SI () NO ()

FECHA ULTIMA DE DESPARASITACION/...../.....

¿ALIMENTA SUS PERROS CON VICERAS CRUDAS? SI () NO ()

➤ CUANDO SE FAENA (MATANZA/PELADO) DE ANIMALES DE CONSUMO HUMANO, ¿Qué SE HACE CON LAS MENUDENCIAS: HIGADO, PULMONES, CORAZON? RESPONDER SI/NO

MENUDENCIAS SANAS: SE VENDE () SE CONSUME EN CASA ()

MENUDENCIAS CON QUISTE (GLOBOS): SE VENDE () SE CONSUME EN CASA ()

LOS PERROS QUE SE CRIAN: PASTOREAN GANADO () CONSUMEN MENUDENCIAS ()

➤ SOBRE EL CONSUMO DE ALIMENTOS RESPONDER SI/NO

CONSUME ENSALADAS CRUDAS ()

PRACTICA EL LAVADO DE MANOS ANTES DE PREPARAR Y SERVIR LAS COMIDAS ()

PRACTICA EL LAVADO DE LAS VERDURAS CON AGUA POTABLE ()

PRACTICA EL LAVADO DE MANOS ANTES DE COMER ()

PRACTICA EL LAVADO DE MANOS DESPUES DE USAR EL BAÑO ()

5. EXAMENES DE LABORATORIO:

FECHA DE TOMA DE MUESTRA:/...../..... MATERIAL REMITIDO:

METODO:

RESULTADO:

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN:

TRATAMIENTO DEL PACIENTE

FARCOLOGICO: SI () NO () PRIMERA VES () ANTERIOR ()

FARMACOS:

..... DOSIS:

DIAS:

QUIRURGICO: SI () NO () PRIMERA VES () ANTERIOR ()

CONTROL SEROLOGICO Y/O ECOGRAFICO ANUAL EN POBLACIONES EXPUESTAS AL RIEZGO

PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE PORTADORES ASINTOMATICOS: SI () NO ()

Nº DE CONTROLES:

EDUCACION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD: SI () NO ()

CUMPLIR CON LA DESPARASITACION PERIODICA: (CADA 45 DIAS) DE TODOS LOS PERROS

EN ZONAS ENDEMICAS: SI () NO ()

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO:

PACIENTE HOSPITALIZADO: SI/NO

FECHA DE HOSPITALIZACION:/...../.....

ALT SIN SECUELAS () ALTA CON SECUELAS () FALLECIDOS () FECHA:/...../.....

DIAGNOSTICO FINAL: LABORATORIO: () NEXO EPIDEMIOLOGICO ()

FECHA:/...../.....

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION