Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

FICHA DE INVESTIGACION DE CASOS DE BRUCELOSIS AGUDA

BR

Definición de caso
Sospechoso: síndrome febril inespecífico acompañado de transpiración profusa, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea, artralgia y dolor generalizado, vinculado epidemiológicamente a contacto ocupacional con animales o consumo de productos de origen animal contaminados.
Probable: caso sospechoso con una prueba serológica de tamizaje positiva (aglutinación con antígeno tamponado (BPA), Rosa de Bengala (RB), microaglutinación para B canis (RSAT), Huddleson)
Confirmado: caso sospechoso o probable que es confirmado en laboratorio. (Bacteriológicas: aislamiento de Brucella spp del espécimen clínico (hemocultivo, mielocultivo, biopsias,etc) Serológicas: prueba de Wright y otras que permiten la detección de anticuerpos IgG específicos en suero del paciente (Fijación de Complemento, CELISA, IELISA, etc.)

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia:_____ Departamento:_____ Localidad:_____
Establecimiento Notificante:_____ Fecha de Notificación: _____/_____/_____
Apellido y Nombre del Profesional:_____
Tel.:_____ Fax: :_____ e-mail:_____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres:_____
Fecha de nacimiento _____/_____/_____ Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐ DNI: _____
Domicilio actual:_____ Tel. propio o vecino:_____
Referencia de ubicación domicilio:_____ Localidad_____
Urbano ☐ Rural ☐ Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de los síntomas _____/_____/_____. Fecha de primera consulta _____/_____/_____
Diagnóstico previo de Brucelosis Si ☐ No ☐
Inicio súbito ☐ Inicio insidioso ☐ Fiebre continua ☐ Fiebre intermitente ☐ Cefalea ☐ Astenia ☐
Mialgias ☐ Artralgias ☐ Sudoración profusa ☐ Depresión ☐ Anorexia ☐ Pérdida de peso ☐

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo:_____ Lugar de trabajo: Urbana ☐ Periurbano ☐ Rural ☐ Silvestre ☐
Si cambio de ocupación dentro de los 6 meses de comienzo, indicar ocupación previa:_____
Contacto con vacas, cabras o cerdos dentro de los 6 meses anteriores a la fecha de comienzo: Si ☐ No ☐ Se Ignora ☐
Contacto con vacuna bovina cepa 19 o Rev-1 Si ☐ No ☐ Fecha. _____/_____/_____
Consume leche o derivados : Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☐
Consume leche cruda o derivados lácteos crudo? Si ☐ No ☐
Especificar productos, fuentes de provisión y fechas _____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de muestra.1. _____/_____/_____. Material remitido: _____
Método:_____ Resultado:_____
Fecha de muestra.2. _____/_____/_____. Material remitido: _____
Método:_____ Resultado:_____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Tratamiento del paciente:

Droga 1:_____ Dosis_____ Días:_____

Droga 2:_____ Dosis_____ Días:_____

Investigación de los contactos y expuestos al mismo riesgo: Si ☐ No ☐

Se identificó el vehículo común de infección

(ej.: leche cruda, quesos, otros lácteos): Si ☐ No ☐ Cuál?._____

Se hicieron pruebas en el ganado sospechoso y se eliminaron a los reactivos: Si ☐ No ☐

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ Fecha hospitalización: _____/_____/_____

Alta sin secuelas ☐ Alta con secuelas ☐ Fallecido ☐ Fecha_____/_____/_____ Desconocido ☐

Diagnóstico final _____ Laboratorio ☐ Nexo epidemiológico ☐

Fecha_____/_____/_____

_____

Firma y Sello Médico