

## DATOS DEL PACIENTE

Fecha notificación: \_\_\_\_\_  
 Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Profesional tratante: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto del profesional: \_\_\_\_\_  
 Efector de atención inicial: \_\_\_\_\_

## DATOS CLÍNICOS

Fecha inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Internación: SI / NO Fecha de internación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Efector de internación: \_\_\_\_\_  
 Comorbilidades: SI / NO Especificar: \_\_\_\_\_  
 Embarazo SI / NO Semanas de gestación: \_\_\_\_\_

Mialgias	Nauseas-vómitos	Inyección conjuntival
Fiebre	Diarrea	Otros:
Edema bi-palpebral	Cefalea	Complicaciones:

## LABORATORIO

Leucocitos:	Neutrófilos:	Eosinófilos:	Plaquetas:
TGO: TGP:	FAL:	CPK:	LDH:

## MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

1° Muestra suero: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2° Muestra: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3° Muestra: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## TRATAMIENTO

Albendazol: Fecha - Inicio : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fin: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
 Mebendazol: Fecha - Inicio : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fin: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
 QUIMIOPROFILAXIS: SI / NO EVOLUCIÓN: ALTA / ÓBITO Fecha óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Alimento ingerido dentro de los 45 días del inicio de síntomas:  
 Carne de Cerdo: \_\_ Animal silvestre: \_\_ Embutidos: \_\_ Otros: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Otras personas que consumieron el alimento: SI / NO. Cuántas? \_\_\_\_\_  
 1. Nombre Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 2. Nombre Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 3. Nombre Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Origen del alimento: Casera: \_\_ Comercio: \_\_ Ambulante: \_\_  
 Identificación: Nombre comercio/frigorífico: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Notificación por parte del equipo de salud a la agencia alimentaria local: SI / NO