


GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE COCHABAMBA
Servicio Departamental de Salud - Unidad de Epidemiología - Programa Enfermedades Zoonóticas
FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA PARA LA VIGILANCIA DE BRUCELOSIS HUMANA
COCHABAMBA 2021



1. LUGAR Y FECHA DE VACUNACIÓN

Nivel: I ☐ II ☐ III ☐ Brigada de vacunación: ☐ Público ☐ Privado ☐ De la seguridad Social ☐

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ Departamento: _____ Municipio/Zona/comunidad: _____

Red de salud: _____

Fecha de Notificación: ____ / ____ / 20____ **Horas:** ____ :

2. DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombres: _____ Nº C.I. _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Teléfono fijo/ celular: _____ Residencia actual: _____ Domicilio: _____

Teléfono fijo/ celular: _____ Profesión /Ocupación _____ Institución: _____

ELABORAR CRÓQUIS DEL DOMICILIO (ADJUNTAR)

3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Fecha de Inicio de síntomas ____ / ____ / ____ Lugar probable de infección: _____

Diagnóstico previo de brucelosis SI ☐ NO ☐ Antecedente de tratamiento específico previo: SI ☐ NO ☐

Sospecha de Brote SI ☐ NO ☐ Accidente SI ☐ NO ☐ Sospecha de ETA SI ☐ NO ☐

| SIGNOS Y SÍNTOMAS | SI | NO | SIGNOS Y SÍNTOMAS | SI | NO |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Fiebre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mialgias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artralgia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cefalea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis/espondilitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meningitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hiporexia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sudoración profusa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Afectación de órganos: <small>Hepatomegalia, esplenomegalia, orquitis, endocarditis, etc</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Otro a especificar: _____

Tiempo transcurrido antes del inicio de síntomas: _____

Antecedente de transfusión sanguínea: SI ☐ NO ☐ Trabaja en contacto con animales (*vacuno, ovino, caprino) SI ☐ NO ☐

Realiza limpieza de corrales, chiqueros, etc. SI ☐ NO ☐ Transporta ganado (vacuno, ovino, caprino) SI ☐ NO ☐

Ordeña SI ☐ NO ☐ Fabrica derivados lácteos de forma artesanal? SI ☐ NO ☐

Presta atención Veterinaria al ganado* SI ☐ NO ☐ Trabaja en matadero o Carnicería SI ☐ NO ☐

Practica la Caza de animales silvestres? SI ☐ NO ☐ Consume la leche sin hervirla previamente? SI ☐ NO ☐

Conoce la dirección de procedencia de la Leche consumida? Av./Calle/Zona/ _____ Animal Sospechoso _____

Antecedentes de enfermedades inmunodeprimidas u otro: SI ☐ NO ☐ Cual? _____

4. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA PRESUNTIVA

Dx. _____

5. HOSPITALIZACIÓN SI ☐ NO ☐ **Fecha de Hospitalización:** ____ / ____ / 20____ **Horas:** ____ :

Hospital: _____ Defunción: Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / 20____

Evolución: Alta con secuela SI ☐ NO ☐ Alta sin secuela SI ☐ NO ☐

Médico Tratante: _____ **Firma:** _____

6. DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de obtención de muestra: ____ / ____ / ____ Fecha de envío de la muestra: ____ / ____ / ____

Tipo de Muestra _____ Tipo de análisis _____

RESULTADO: Positivo ☐ Negativo ☐ Fecha de emisión del resultado: ____ / ____ / ____

Muestra obtenida y enviada por: _____ Cargo y Firma _____

FIRMA

7. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Tratamiento del paciente:

| | | |
|---------------|-------------|--------------|
| Droga 1 _____ | Dosis _____ | Tiempo _____ |
| Droga 2 _____ | Dosis _____ | Tiempo _____ |
| Droga 3 _____ | Dosis _____ | Tiempo _____ |

Investigación de casos y contactos: SI ☐ NO ☐

Casos relacionados por: Presentación Clínica ☐ Por nexo epidemiológico ☐ Por laboratorio ☐ Casos aislados ☐

Establecimiento de salud designado para el seguimiento _____

Unidad de Epidemiología /VE-CDE- Dirección Av. Aniceto Arce Nº 2876 esq. Calle Pasteur Teléfonos 4221888 – 4220966 Teléfono Fax 4220967 COCHABAMBA - BOLIVIA

RCQ