

<b>1. LUGAR Y FECHA DE VACUNACIÓN</b>		<b>Fecha de Notificación:</b> /    / 20__		<b>Horas:</b> :	
Nivel: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>		Brigada de vacunación: <input type="checkbox"/>		Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> De la seguridad Social <input type="checkbox"/>	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____		Departamento: _____		Municipio/Zona/comunidad: _____	
Red de salud: _____					

<b>2. DATOS DEL PACIENTE</b>					
Apellido Paterno _____		Apellido Materno _____		Nombres: _____ Nº C.I. _____	
Fecha de Nacimiento:    /    /		Edad: _____		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Teléfono fijo/ celular: _____		Residencia actual: _____		Domicilio: _____	
Teléfono fijo/ celular: _____		Profesión /Ocupación _____		Institución: _____	

<b>3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS</b>					
Fecha de Inicio de síntomas    /    /    Lugar probable de infección: _____					
Diagnostico previo de brucelosis		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Antecedente de tratamiento específico previo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sospecha de Brote		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Accidente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sospecha de ETA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

<b>SIGNOS Y SINTOMAS</b>		<b>SIGNOS Y SINTOMAS</b>		<b>SIGNOS Y SINTOMAS</b>	
SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fiebre	<input type="checkbox"/>	Mialgias	<input type="checkbox"/>	Otro a especificar: _____	
Artralgia	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	_____	
Cefalea	<input type="checkbox"/>	Artritis/espondilitis	<input type="checkbox"/>	_____	
Fatiga	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	_____	
Hiporexia	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	_____	
Sudoración profusa	<input type="checkbox"/>	Afectación de órganos:	<input type="checkbox"/>	_____	
		Hepatomegalia, esplenomegalia, orquitis, endocarditis, etc	<input type="checkbox"/>	_____	

Tiempo transcurrido antes del inicio de síntomas: _____		Antecedente de viaje a zona afectada		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Antecedente de transfusión sanguínea: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Trabaja en contacto con animales (*vacuno, ovino, caprino)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Realiza limpieza de corrales, chiqueros, etc. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Transporta ganado (vacuno, ovino, caprino)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Ordeña SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fabrica derivados lácteos de forma artesanal?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Presta atención Veterinaria al ganado* SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Trabaja en matadero o Carnicería		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Practica la Caza de animales silvestres? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Consumo la leche sin hervirla previamente?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

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

<b>4. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA PRESUNTIVA</b>					
Dx. _____					

<b>5. HOSPITALIZACIÓN</b>		<b>Fecha de Hospitalización :</b> /    / 20__		<b>Horas:</b> :	
Hospital: _____		Defunción: Lugar: _____		Fecha:    /    / 20__	
Evolución: Alta con secuela SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Alta sin secuela SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Médico Tratante: _____		Firma _____			

<b>6. DATOS DEL LABORATORIO</b>					
Fecha de obtención de muestra:    /    /		Fecha de envío de la muestra:    /    /			
Tipo de Muestra _____		Tipo de análisis _____			
RESULTADO: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>		Fecha de emisión del resultado:    /    /			
Muestra obtenida y enviada por: _____		Cargo y Firma		FIRMA	

<b>7. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN</b>					
<b>Tratamiento del paciente:</b>					
Droga 1 _____	Dosis _____	Tiempo _____			
Droga 2 _____	Dosis _____	Tiempo _____			
Droga 3 _____	Dosis _____	Tiempo _____			
Investigación de casos y contactos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Casos relacionados por: Presentación Clínica <input type="checkbox"/> Por nexo epidemiológico <input type="checkbox"/> Por laboratorio <input type="checkbox"/> Casos aislados <input type="checkbox"/>					
Establecimiento de salud designado para el seguimiento _____					