

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CARRIÓN BARTONELOSIS

ESTABLECIMIENTO: _____ N° HIST. CLÍNICA: _____
 NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____ FECHA ENCUESTA: ___/___/___
 APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE: _____
 EDAD: ____ años ____ meses SEXO: Masc. () Femen. ()
 Gestante: Si () No () FUR: ___/___/___ Edad Gestacional: ____ sem
 Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____
 TIEMPO DE RESIDENCIA: _____ OCUPACION:
 Viaje a localidades o comunidades vecinas durante 1998
 Fecha de viaje ___/___/___ Lugar: _____ Tiempo permanencia: _____
 Fecha de viaje ___/___/___ Lugar: _____ Tiempo permanencia: _____

FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD: ___/___/___ FECHA INGRESO AL ESTUDIO: ___/___/___
 T.E: F.I.: Curso: O DE DIAGNOSTICO

SINTOMAS: (Marque con una X si el paciente refiere los siguientes síntomas)

Fiebre	()	Nauseas	()	Polipnea	()
Palidez	()	Vómitos	()	Tos	()
Cefalea	()	Hiporexia	()	Expectoración	()
Malestar general	()	Dolor abdominal	()	Dolor torácico	()
Mialgias	()	Hematoquexia	()	Disnea	()
Dolor articular	()	Melenas	()	Cianosis	()
Astenia	()	Diarrea	()	Convulsiones	()
Prurito	()	Ictericia	()	Inyección conj.	()
Petequias	()	Disuria	()	Epistaxis	()
Equimosis	()	Polaquiuria	()	Cong.faringea	()
Escalofríos	()	Coloria	()	Odinofagia	()
Mareos	()	Epigastralgia	()	Fotofobia	()
Verrugas	()	Somnolencia	()	Exitac.psicom.	()
Lumbalgia ()					

FUNCIONES VITALES:

Temperatura: °C P.A: ___/___ F.R.: _____ Pulso: _____ Peso: _____ Kg

SIGNOS:

GENERALES:	Si	No	Si	No
Lúcido	()	()	(B)	(R) (M)
Orientado en tiempo	()	()	(B)	(R) (M)
Orientado en espacio	()	()	Estado de nutrición	(B) (R) (M)
Orientado en persona	()	()	Estado de Hidratación	(B) (R) (M)

PIEL:

Palidez: () Leve: () Moderada: () Severa: ()

Petequias: () Localización:

Equimosis: () Localización:

Lesiones eruptivas:

Nº	LOCALIZACION (colocar el numero en el paréntesis)				
Miliares	____	Cara ()	Cuello ()	Tronco ()	Ext.Super. () Ext.Infer. () Sangrante ()
Mulares	____	Cara ()	Cuello ()	Tronco ()	Ext.Super. () Ext.Infer. () Sangrante ()
Nodulares	____	Cara ()	Cuello ()	Tronco ()	Ext.Super. () Ext.Infer. () Sangrante ()

Observaciones:

TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO:

Sin alteraciones	()			
Edema	()			
Miembros inferiores	()	Palpebral ()	()	Otro:
Miembros superiores	()	Lumbosacro ()	()	

GANGLIOS LINFATICOS:

Axilares:	Nº ____	Tamaño: ____ mm	Móviles: ()	Dolorosos ()
Inguinales:	Nº ____	Tamaño: ____ mm	Móviles: ()	Dolorosos ()
Cervicales:	Nº ____	Tamaño: ____ mm	Móviles: ()	Dolorosos ()
Epitrocleares:	Nº ____	Tamaño: ____ mm	Móviles: ()	Dolorosos ()

CABEZA:

Conjuntivas:	Pálidas ()	Leve: (+/++)	Moderada: (++/++)	Severa: (+++/++++)
Escleróticas:	Ictéricas ()	Leve: (+/++)	Moderada: (++/++)	Severa: (+++/++++)
Inyección conjuntival ()				
Pupilas:	CIRLA ()	Otros:		

BOCA: Mucosa oral:

Faringe: Normal () Congestiva ()
 -Amígdalas Normales () Congestivas () Hipertróficas () Purulentas () Otros:

OSTEOMUSCULAR:

Tono muscular:

Mialgias:

Lumbar	()	Dorsal	()	Brazos	()	Otros:
Muslos	()	Pantorrillas	()	Antebrazos	()	

Dolor articular

Hombro	()	Codos	()	Muñeca	()	Otros:
Cadera	()	Rodillas	()	Tobillos	()	

Artritis:**APARATO RESPIRATORIO:**

Murmullo vesicular:

Soplos: ()

Crepitantes ()

Subcrepitantes ()

Sibilantes ()

Otros:

APARATO CARDIOVASCULAR:

Ruidos cardiacos:

Soplos:

Otros:

APARATO GASTROINTESTINAL:

Ruidos hidroaéreos:

Hígado:

Bazo:

Otros:

GENITOURINARIO:

Puntos renoureterales:

Percusión lumbar:

Edemas:

Otros:

NEUROLOGICO:

Estado de conciencia:

Pares craneales:

Convulsiones: ()

Babinsky: ()

Signos meningeos:

ROT: ()

Sensibilidad:

Signos de focalización:

Otros:

HOSPITALIZADO: a) Si () b) No ()

Fecha de hospitalización: ___/___/___ Días de hospitalización: _____

CONDICION DE ALTA:

a) Curado () c) Transferido () e) Fallecido ()

b) Mejorado () d) Alta voluntaria ()

DIAGNÓSTICO CONSULTA EXTERNA O INGRESO: **DIAGNÓSTICO DE ALTA** (Solo si fue hospitalizado)

1.- _____

1.- _____

2.- _____

2.- _____

3.- _____

3.- _____

EVOLUCION:

SIGNO	FECHA: Mes: Año:											
Temperatura												
Hemoglobina												
Hematocrito												
Transfusiones (U)												
Frotis												
Hemocultivo (*)												

Antibióticos								
Penicilina ()								
Cloranfenicol ()								
Rifampicina ()								
Ciprofloxacina()								
Eritromicina ()								
Cotrimoxazol ()								
Ceftriaxona ()								
Otros								

(*) Indicar si se tomó muestra ya que el resultado del cultivo demora hasta 40 días

() Colocar la dosis del antibiótico dentro del paréntesis

EXAMEN AUXILIAR	Mes..... Año:					
Grupo sanguíneo						
Plaquetas						
Hemacias						
TGO						
TGP						
Fosfatasa alcalina						
Bilirrubina directa						
Bilirrubina Indirecta						
Bilirrubina total						
Urea						
Glucosa						
Creatinina						
Leucocitos totales						
Segmentados						
Abastonados						
Linfocitos						
Monocitos						
Eosinofilos						
Basófilos						
Blastos						
Aglutinaciones: Tífico " O "						
Tífico " H "						
Paratífico A						
Paratífico B						
Brucellas						