

#### 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 PREVENCIÓN**

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