

**Definición de caso**

**Caso sospechoso:** persona con presencia de masa quística (única ó múltiple) localizada en distintos órganos, frecuentemente hígado o pulmón y asociado con aspectos epidemiológicos de la enfermedad.

**Caso probable:** caso sospechoso más el diagnóstico por imágenes: radiografía, ecografía y/o tomografía axial computarizada (TAC) y/o HAI.

**Caso confirmado:** El caso probable confirmado por:

a.- Pruebas serológicas, ELISA/Western blot.

b.- Visualización directa por microscopía de protoescolices o ganchos del cestodo, restos de membranas y estudio histopatológico de la pieza extraída por cirugía

**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 consulta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de internación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Asintomático ☐ Vómica ☐ Masa ☐

**Localización del quiste:** Hepático ☐ Pulmonar ☐ Abdominal ☐ Otros: \_\_\_\_\_

**Características:** Quiste único ☐ Quiste múltiple ☐ Quiste calcificado ☐ Quiste complicado ☐

**Diagnóstico por imágenes:**

RX: \_\_\_\_\_

Ecografía: \_\_\_\_\_

TAC: \_\_\_\_\_

**4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

Ocupación de riesgo: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: Urbana ☐ Periurbano ☐ Rural ☐ Silvestre ☐

Trabajó o vivió en zona rural? SI ☐ NO ☐

Cria o crió animales como caprinos, ovinos, bovinos, porcinos? SI ☐ NO ☐

Tiene perros: SI ☐ NO ☐ Perro parasitado: SI ☐ NO ☐ Perro tratado: SI ☐ NO ☐

Fecha última desparasitación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alimenta a sus perros con vísceras crudas? SI ☐ NO ☐

**5. EXAMENES DE LABORATORIO**

Fecha de toma de muestra.. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. Material remitido: \_\_\_\_\_  
Método: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

**6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION**

Tratamiento del paciente:

Farmacológico: SI ☐ NO ☐ Primera vez ☐ Ulterior ☐  
Droga: \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Días: \_\_\_\_\_  
Quirúrgico: SI ☐ NO ☐ Primera vez ☐ Recidiva ☐

Control serológico y o ecográfico anual en poblaciones expuestas

al riesgo para detección temprana de portadores asintomático SI ☐ NO ☐ N° controles realizados \_\_\_\_\_

Educación para la promoción de la salud SI ☐ NO ☐

Cumplir con la desparasitación periódica (cada 45 días) de todos los perros en zonas endémicas 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