

**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 protoescólicas o ganchos del cestodo, restos de membranas y estudio histopatológico de la pieza extraída por cirugía

### 1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificador: \_\_\_\_\_ 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 asintomáticos SI  NO  Nº 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