



# FICHA DE INVESTIGACIÓN CLINICO EPIDEMIOLÓGICA DE BRUCELOSIS

## A. INFORMACION GENERAL

- 1.1 Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_
- 1.2 Localidad: \_\_\_\_\_ 1.3 Departamento: \_\_\_\_\_
- 2 Fecha de notificación del caso Sospechoso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 3 Fecha de envío de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3.1 Resultado de Laboratorio: Titulo IgM
- 4 Fecha de investigación epidemiológica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 4.1. Nombre y Apellido de quien completó el formulario: \_\_\_\_\_

## B. INFORMACION DEL PACIENTE

5. Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_
6. Edad: \_\_\_\_\_ 7. Sexo: Masculino  Femenino
8. Dirección del Hogar: \_\_\_\_\_
- 8.1 Ciudad: \_\_\_\_\_ 8.2 Localidad: \_\_\_\_\_ 8.3 Departamento: \_\_\_\_\_
- 8.4 Zona: Urbana  Rural
9. Población: Menonita  Indígena  Etnia especificar \_\_\_\_\_ Paraguayo  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_
10. Ocupación y lugar de trabajo: \_\_\_\_\_
- Ocupación 1: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo 1 \_\_\_\_\_
- Ocupación 2: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo 2 \_\_\_\_\_

## C. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y EXPOSICION

### Factores de riesgo

11. Trabaja en actividades ganaderas (ganado vacuno, ovino, caprino o porcino): Si  No
- Si contestó si en la pregunta anterior, ¿cuáles de las siguientes actividades?**
- 11.1 Limpieza de piquetes: Si  No  11.2 Limpieza de Galpones: Si  No  11.3 Ordeño Si  No
- 11.4 Fabricación de derivados lácteos: Si  No  11.5 Otras actividades ganaderas (especificar) \_\_\_\_\_
- 11.6. Transporte de ganado: Si  No
12. Atención veterinaria o idónea a ganado vacuno, ovino, porcino, caprino. Si  Especificar tipo de actividad y ganado \_\_\_\_\_ No
13. Trabaja en matadero o carnicería? Si  No  14. Caza animales silvestres? Si  No
15. Consume leche cruda? Si  Dirección exacta de donde provino la leche cruda consumida \_\_\_\_\_ No

## D. DATOS CLINICOS

16. Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 21. ¿Se hospitalizó al paciente? Si  No  Desconoce

17. Marca con una X los signos y síntomas observados

FIEBRE	FATIGA	SUDORACIÓN PROFUSA	CEFALEA	FATIGA	ANOREXIA	PERDIDA DE PESO	ARTRALGIA	DOLOR GENERALIZADO	INFECCIÓN LOCALIZADA

17.1 Si hay infección localizada especificar: \_\_\_\_\_

17. Hay complicación osteoarticular: No  Si  Especificar donde: \_\_\_\_\_

18. Transcribir resultados de los siguientes Exámenes Complementarios:

Estudio	Plaquetas	Leucocitos	Segmentados	Hemoglobina	Hematocrito
Resultado					
Fecha de Realización					

19. Se cultivo: Sí  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ No

**Procesamiento en Laboratorio Central:**

18.1 Resultado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**F. INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS**

19. 1. Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Zona: Urbana  Rural

Población: Menonita  Indígena  Etnia especificar \_\_\_\_\_ Paraguayo  Otro  Especificar:: \_\_\_\_\_

Ocupación y lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

19.2. Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Zona: Urbana  Rural

Población: Menonita  Indígena  Etnia especificar \_\_\_\_\_ Paraguayo  Otro  Especificar:: \_\_\_\_\_

Ocupación y lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

19.3. Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Zona: Urbana  Rural

Población: Menonita  Indígena  Etnia especificar \_\_\_\_\_ Paraguayo  Otro  Especificar:: \_\_\_\_\_

Ocupación y lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

19.4. Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Zona: Urbana  Rural

Población: Menonita  Indígena  Etnia especificar \_\_\_\_\_ Paraguayo  Otro  Especificar:: \_\_\_\_\_

Ocupación y lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

**G. CONCLUSIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

20. Marque con una cruz lo que corresponda: Caso Sospechoso por Clínica y Epidemiología  Caso Confirmado por Laboratorio

21. Período Estimado de Incubación: \_\_\_\_\_ horas

22. Fuente de Infección: \_\_\_\_\_

23. Mecanismo de Transmisión: \_\_\_\_\_

24. Medidas Tomadas en Control de Foco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_