



**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

Cría 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