

Ficha de investigación de brucelosis en humanos

Datos personales

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M ___ F ___

N° de cédula: _____ Nacionalidad: _____ Teléfono: _____

Residencia: Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Dirección exacta: _____

¿Ha viajado en el último mes?: No () Sí () Dentro del país, lugares visitados: _____

Fuera del país, países visitados: _____

Fecha de salida del país: _____ Fecha de ingreso del país: _____

Datos clínicos

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___ Fecha de diagnóstico: ___/___/___

Síntomas: inicio súbito: ___ inicio insidioso: ___

Fiebre ___ Sudoración profusa ___ Fatiga ___ Cefalea ___ Mialgias ___

Artralgias ___ Depresión ___ Anorexia ___ Pérdida de peso ___ Malestar general ___

Náuseas ___ Vómito ___ Artritis ___ Sacroileítis ___ Espondilitis ___

Artritis periférica ___ Osteomielitis ___ Dolor/inflamación testículos o escroto ___

Confusión ___ Pérdida de memoria e irritabilidad ___ Depresión ___ Hepatomegalia ___

Esplenomegalia ___ Linfadenopatías ___ Endocarditis ___ Otro: _____

Padece alguna enfermedad: _____

Embarazo: No () Sí () Semanas de embarazo: _____

Datos epidemiológicos

Diagnóstico previo: Si ___ No ___ Fecha del diagnóstico: _____

Recibió tratamiento: Si ___ No ___ Durante cuanto tiempo: _____

Ocupación actual: _____ Lugar de Trabajo: _____

Ocupación previa: Si ___ No ___ Lugar de Trabajo: _____ Periodo: _____

Contacto con vacas, cabras, ovejas, caballos, búfalos, perros, gatos, cerdos, delfines, murciélagos antes del inicio de síntomas: Si ___ No ___

Consumo leche o derivados: Nunca ___ Ocasionalmente ___ Frecuentemente ___

Consumo leche cruda o derivados lácteos crudos (sin pasteurización): Si ___ No ___

Contacto con heces, orina, fluidos de partos o abortos: Si ___ No ___

Especificar productos y fuentes de provisión: _____

Autoinoculación accidental de vacuna (S19 o RB51 utilizadas en animales): Si ___ No ___

Otros: _____

Exámenes de laboratorio específicos para diagnóstico brucelosis

Fecha de la muestra: ___ / ___ / ___ Origen de la muestra: _____
Laboratorio que procesa la muestra: _____
Método de diagnóstico: _____ Resultado: _____

Fecha de la muestra: ___ / ___ / ___ Origen de la muestra: _____
Laboratorio que procesa la muestra: _____
Método de diagnóstico: _____ Resultado: _____

Fecha de la muestra: ___ / ___ / ___ Origen de la muestra: _____
Laboratorio que procesa la muestra: _____
Método de diagnóstico: _____ Resultado: _____

Fecha de la muestra: ___ / ___ / ___ Origen de la muestra: _____
Laboratorio que procesa la muestra: _____
Método de diagnóstico: _____ Resultado: _____

Fecha de la muestra: ___ / ___ / ___ Origen de la muestra: _____
Laboratorio que procesa la muestra: _____
Método de diagnóstico: _____ Resultado: _____

Acciones de contención, prevención y control

Tratamiento del paciente: Si ___ No ___

Investigación de los contactos y expuestos al mismo riesgo: Si ___ No ___

Se hicieron pruebas en los animales sospechosos: Si ___ No ___

Se identificó el vehículo común de infección (leche, quesos, heces, orina, placentas, fetos, otros): Si ___ No ___

Resultado de laboratorio muestras en animales: _____

Se realizó coordinación interinstitucional:

MS: Si ___ No ___ Inciensa: Si ___ No ___ CCSS: Si ___ No ___

MAG-SENASA: Si ___ No ___ MINAE: Si ___ No ___ Otro: _____

Evaluación y clasificación del caso

Paciente hospitalizado: Si ___ No ___ Fecha de hospitalización: ___ / ___ / ___

Diagnóstico final: _____

Observaciones

Fecha

Nombre y firma del responsable de la investigación