



**Definición de caso**

**Sospechoso:** síndrome febril inespecífico acompañado de transpiración profusa, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea, artralgia y dolor generalizado, vinculado epidemiológicamente a contacto ocupacional con animales o consumo de productos de origen animal contaminados.

**Probable:** caso sospechoso con una prueba serológica de tamizaje positiva (aglutinación con antígeno tamponado (BPA), Rosa de Bengala (RB), microaglutinación para B canis (RSAT), Huddleson)

**Confirmado:** caso sospechoso o probable que es confirmado en laboratorio. (Bacteriológicas: aislamiento de Brucella spp del espécimen clínico (hemocultivo, mielocultivo, biopsias, etc) Serológicas: prueba de Wright y otras que permiten la detección de anticuerpos IgG específicos en suero del paciente (Fijación de Complemento, CELISA, IELISA, etc.)

**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 primera consulta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Diagnóstico previo de Brucelosis Si  No   
 Inicio súbito  Inicio insidioso  Fiebre continua  Fiebre intermitente  Cefalea  Astenia   
 Mialgias  Artralgias  Sudoración profusa  Depresión  Anorexia  Pérdida de peso

**4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

Ocupación de riesgo: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: Urbana  Periurbano  Rural  Silvestre   
 Si cambio de ocupación dentro de los 6 meses de comienzo, indicar ocupación previa: \_\_\_\_\_  
 Contacto con vacas, cabras o cerdos dentro de los 6 meses anteriores a la fecha de comienzo: Si  No  Se Ignora   
 Contacto con vacuna bovina cepa 19 o Rev-1 Si  No  Fecha. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Consume leche o derivados : Nunca  Ocasionalmente  Frecuentemente   
 Consume leche cruda o derivados lácteos crudo? Si  No   
 Especificar productos, fuentes de provisión y fechas \_\_\_\_\_

**5. EXAMENES DE LABORATORIO**

Fecha de muestra.1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Material remitido: \_\_\_\_\_  
 Método: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_  
 Fecha de muestra.2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Material remitido: \_\_\_\_\_  
 Método: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_



### 6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Tratamiento del paciente:

Droga 1: \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Días: \_\_\_\_\_

Droga 2: \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Días: \_\_\_\_\_

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

Se identificó el vehículo común de infección

(ej.: leche cruda, quesos, otros lácteos): Si  No Cuál?: \_\_\_\_\_

Se hicieron pruebas en el ganado sospechoso y se eliminaron a los reactivos: 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