



## FORMATO ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE BRUCELOSIS

**Datos de la Unidad Notificante**

Folio o expediente

Institución Notificante \_\_\_\_\_ Unidad Notificante \_\_\_\_\_ **CLUES** \_\_\_\_\_

Entidad \_\_\_\_\_ Jurisdicción \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

**Datos del paciente**

RFC: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad     Sexo  1 Masculino 2 Femenino

Años Meses

Dom icilio \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Localidad o Colonia \_\_\_\_\_

Entidad \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

**Cuadro clínico**

Marque con una "X" las respuestas declaradas por el paciente

Fecha de inicio de síntomas       Fecha de primera solicitud de atención

Día Mes Año

Fiebre insidiosa, elevada, de más de una semana de duración  Fiebre con predominio vespertino o nocturno

Sin infección aparente  Cefalea  Sudoración profusa  Calosfríos  Artralgias  Depresión  Adinamia

Astenia  Mialgias  Hepatomegalia  Esplenomegalia  Pérdida de peso  Pancitopenia

**Factores de riesgo**

Ocupación actual \_\_\_\_\_ Esta ocupación es la misma que hace 90 días Sí  No

1. En su casa tienen y crían: borregas  cabras  vacas  puercos  Ninguno  (Pase a la opción 6)

2. En su casa ordeñan: borregas  cabras  vacas

3. ¿Ha observado que m alparen (abortan) los anim ales de su casa? borregas  cabras  vacas  puercos  perros

4. Cuando crían o m alparen, ¿ayuda quitando la placenta o lim piando las crías? Sí  No  Se pone guantes Sí  No

5. ¿Qué les hace a las placentas o a los anim ales m alparidos? \_\_\_\_\_

6. ¿Lim pia corrales, zahúrdas, chiqueros o pocilgas de anim ales? Sí  No

7. ¿Cuida o pastorea? borregas  cabras  vacas

8. ¿Quita cam as de paja? de: borregas  cabras  vacas  puercos  perros

9. ¿Consum e leche cruda? de: borregas  cabras  vacas  burras

10. ¿Curte pieles?  ¿Com pra o vende pieles?

11. ¿Prepara crem a y/o quesos artesanales para consumo: Familiar  Venta

12. ¿Consum e crem a y/o quesos artesanales? Sí  No

**Pruebas de Laboratorio Diagnósticas**

Rosa de Bengala Titulación \_\_\_\_\_ Fecha de toma \_\_\_\_\_ Fecha de resultado \_\_\_\_\_ Positivo  Negativo

SAT Titulación \_\_\_\_\_ 2-ME Titulación \_\_\_\_\_ Fecha de toma \_\_\_\_\_ Fecha de resultado \_\_\_\_\_ Hem ocultivo Sí  No

**Pruebas de Laboratorio de Seguim iento**

SAT Titulación \_\_\_\_\_ 2-ME Titulación \_\_\_\_\_ Fecha de toma \_\_\_\_\_ Fecha de resultado \_\_\_\_\_

SAT Titulación \_\_\_\_\_ 2-ME Titulación \_\_\_\_\_ Fecha de toma \_\_\_\_\_ Fecha de resultado \_\_\_\_\_

SAT Titulación \_\_\_\_\_ 2-ME Titulación \_\_\_\_\_ Fecha de toma \_\_\_\_\_ Fecha de resultado \_\_\_\_\_

Clasificación final del caso: Confirm ado  Descartado  Se dio seguim iento post tratamiento Sí  No

Tipo de tratamiento: Esquema "A"  Esquema "B"  Esquema "C"  Esquema alternativo 1  Alternativo 2

Fecha de inicio de tratam iento: \_\_\_\_\_

Motivo de Alta: Alta Sanitaria  Abandono  Defunción  Recidivas

Describe procedencia del lugar de consumo o y/o exposición (especificando dom icilio):