



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 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 Hepatom egalia Esplenom egalia Pérdida de peso Pancitopenia

Factores de riesgo

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

- En su casa tienen y crían: borregas cabras vacas puercos Ninguno (Pase a la opción 6)
- En su casa ordeñan: borregas cabras vacas
- ¿Ha observado que m alparen (abortan) los anim ales de su casa? borregas cabras vacas puercos perros
- Cuando crían o m alparen, ¿ayuda quitando la placenta o lim piando las crías? Sí No Se pone guantes Sí No
- ¿Qué les hace a las placentas o a los anim ales m alparidos? _____
- ¿Lim pia corrales, zahúrdas, chiqueros o pocilgas de anim ales? Sí No
- ¿Cuida o pastorea? borregas cabras vacas
- ¿Quita cam as de paja? de: borregas cabras vacas puercos perros
- ¿Consum e leche cruda? de: borregas cabras vacas burras
- ¿Curte pieles? ¿Com pra o vende pieles?
- ¿Prepara crem a y/o quesos artesanales para consumo: Familiar Venta
- ¿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
Día Mes Año Día Mes Año
SAT Titulación _____ 2-ME Titulación _____ Fecha de toma _____ Fecha de resultado _____ Hem ocultivo Sí No
Día Mes Año Día Mes Año

Pruebas de Laboratorio de Seguim iento

SAT Titulación _____ 2-ME Titulación _____ Fecha de toma _____ Fecha de resultado _____
Día Mes Año Día Mes Año
SAT Titulación _____ 2-ME Titulación _____ Fecha de toma _____ Fecha de resultado _____
Día Mes Año Día Mes Año
SAT Titulación _____ 2-ME Titulación _____ Fecha de toma _____ Fecha de resultado _____
Día Mes Año Día Mes Año

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):