FORMATO DE NOTIFICACION Y ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE BRUCELOSIS

I DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

No. AFILIACION | FOLIO | UNIDAD DE ADSCRIPCION

NOMBRE (Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre(s)) | CURP

FECHA DE NACIMIENTO (Día / Mes / Año) | EDAD (Años / Meses / Días) | SEXO

OCUPACION (actual o última) | ESCOLARIDAD (Último año aprobado) | ESTADO CIVIL

RESIDENCIA ACTUAL

Calle | Número | COLONIA | C.P. | Estado | Telefono

Municipio | Localidad

EMPRESA DONDE TRABAJA (Si son diferentes al actual y si laboro durante le inicio del episodio inicial)

Empresa | ocupacion | Empresa | ocupacion

II UNIDAD NOTIFICANTE

Clave Unidad | Estado | Municipio

Institución | Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) | Nombre del Médico Notificante

FECHA DE NOTIFICACION (Día / Mes / Año) | SEMANA DE NOTIFICACION

III ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

TIPO DE TRABAJO ACTIVIDAD DEL PACIENTE AL INICIO DEL PRIMER EPISODIO

¿CONTACTO CON ANIMALES 6 MESES ANTES DEL PRIMER EPISODIO? (SI/NO) | FECHA (Día / Mes / Año)

DONDE | SI LA FUENTE DE CONTAGIO ES ALGUN ALIMENTO CUAL ES EL DOMICILIO DONDE SE OBTUVO

PROBABLE FUENTE DE INFECCION

INFECCION DE BRUCELOSIS EN CONTACTOS ANIMALES	ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES (establos, rastros, obradores, carnicerias, cremerias, etc.)				ANIMALES PROPIOS			
	BOVINO		PORCINO	CAPRINO	BOVINO		PORCINO	CAPRINO
	LECHERO	CARNE			LECHERO	CARNE		
BRUCELOSIS: PRESENTE								
BRUCELOSIS: AUSENTE								
BRUCELOSIS: SE DESCONOCE								
BRUCELOSIS: INVESTIGANDO								
ABORTOS EN ANIMALES								

SI/NO/SE DESCONOCE

CONSUMO DE LECHE O PRODUCTOS LACTEOS			
PRUDUCTO	PASTEURIZADO	ULTIMO CONSUMO ANTES DEL INICIO DEL CUADRO	ORIGEN O MARCA
LECHE			
QUESO			
YOGURT			

IV ANTECEDENTES CLINICOS

FECHA DE INICIO DEL EPISODIO ACTUAL (Día / Mes / Año)

FORMA DE INICIO DEL EPISODIO ACTUAL (A/ IN SIN ACLARAR)

DURACION DEL EPISODIO ACTUAL EN SEMANAS

FECHA DE INICIO DEL EPISODIO INICIAL (SOLO SI LA ACTUAL ES RECAIDA) (Día / Mes / Año)

FORMA DE INICIO DEL EPISODIO ORIGINAL

SIGNOS Y SINTOMA

	MARQUE CON X	SEMANAS	SEVERIDAD
FIEBRE INDETERMINADA			
FIEBRE CONSTANTE			LEVE
ESCALOSFRIOS			MODER
SUDORACIONES			SEVER
MALESTAR GENRAL			
DEBILIDAD			
DOLOR GENERALIZADO			
CEFALEAS			
DOLOR ABDOMINAL			
ANOREXIA			
ATRALGIAS			
MIALGIAS			
NAUSEAS			
VOMITOS			
ABSCESOS			
PERDIDA DE PESO			KG

OTRAS (ESPECIF.)

VI COMPLICACIONES

ARTRITIS		CONJUNTIVITIS	
ENCEFALITIS		ESPLENOMEGALIA	
MENINGITIS		ORQUIEPIDIDIMITIS	
URETRITIS		UVEITIS	
HEPATITIS		OTRAS	

ESPECIFICAR

HOSPITALIZACION

FECHA DE HOSPITALIZACION

LUGAR DE HOSPITALIZACION

VII TRATAMIENTO

RECIBE TRATAMIENTO

ESQUEMA

OTROS

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO (Día / Mes / Año)

UNIDAD TRATANTE

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)

V LABORATORIO

		FECHA DE RESULTADO (Día / Mes / Año)
DETECCION INICIAL HUDDLESSON (Institución)	(+)	
DETECCION ROSA DE BENGALA (Institución)	(-)	
DETECCION CONFIRMATORIA (Institución)	SA 1:80	
	2MET 1:320	
OTRAS	1:640	

Brucella melitensis
Brucella microti
Especifique
Brucella suis

CULTIVO Bru ESPECIE AISLADA

Brucella neotomae

CULTIVO Bru ESPECIE AISLADA

Brucella pinnipedialis

CULTIVO Bru ESPECIE AISLADA

VIII CONTACTOS

CONTACTO CON OTROS CASOS SIMILARES (INDETE., POSITI., NEGAT., IGNOR.)

N° DE CONTACTOS SINTOMATICOS

NOMBRE	SEXO M	SEXO F	EDAD	LABORATORIO

IX OBSERVACIONES

FIRMA DEL MEDICO NOTIFICANTE