Anexo 10

Ficha Clínico Epidemiológica de caso de Ántrax (Carbunco)

I. DATOS GENERALES

DISA/DIRESA/GERESA _____Red _____Microred_____

Establecimiento notificante

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno_____Apellido materno _____Nombre _____

DNI:_____ Teléfono: _____

Edad:_____Años ( ) Sexo: M ( ) F ( ); Peso corporal_____

Meses ( ) Si es menor de 1 año anotar meses

Días ( ) Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado:_____

Ocupación: _____

Domicilio actual

Departamento_____

Provincia _____

Distrito_____

Localidad _____

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona : [ ]_____
(especificar nombre)

Vía/Calle : [ ]_____
(especificar nombre)

Número/km./mz _____

Int/Dep/Lote

Para los residentes en otros países:

País de origen: Fecha de ingreso al país / /

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Posible contacto en los últimos 14 días anteriores al inicio de la enfermedad: Si [ ] No [ ]
en caso afirmativo marque con una "X" la (s) alternativa (s)

Exposición (contacto)		Especie (tipo de animal)				
		Vacuno	Ovino	Caprino	Equino	Otro
¿Participó o intervino en el sacrificio de un animal enfermo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
¿Participó en el descuartizamiento de un animal muerto?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
¿Tuvo contacto con cuero, piel, lana, pelo, harina de carne y hueso?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
¿Consumió carne y/o visceras (menudencia) de animal enfermo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
¿Manipuló carne y/o visceras (menudencia) de animal enfermo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Otro tipo de contacto:_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto?

Departamento_____

Provincia

Distrito

Localidad_____

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona : [ ] _____
(especificar nombre)

Vía/Calle : [ ] _____
(especificar nombre)

Número/km./mz _____

Int/Dep/Lote _____

¿Qué otras personas han estado expuestas (contactos)?

IV. CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)

Síntomas y signos Fecha de inicio de síntomas: ____/_____/_____

Lesión cutánea: Si ( ) No ( ), en caso afirmativo indicar el número de lesiones:

Localización de la lesión: Cara/Cuello ( ) Miembro superior ( ) Tronco ( ) Miembro inferior ( )

Características de la lesión:

Signos y síntomas

Prurito	[ ]	Edema extenso (puede abarcar la extremidad superior o inferior)	[ ]
Enrojecimiento	[ ]	Dolor abdominal	[ ]
Ampollas o vesículas	[ ]	Tos	[ ]
Edema perilesional	[ ]	Expectoración	[ ]
Fiebre	[ ]	Expectoración hemoptoica o hemoptisis	[ ]
Dolores articulares	[ ]	Dificultad respiratoria	[ ]

Diarrea: Si [ ] No [ ], en caso afirmativo indicar características: Acuosa [ ] Moco [ ] Sangre [ ]

Hospitalización

El paciente fue hospitalizado Si [ ] No [ ] Nº Hstoria clínica: _____ Fecha: ___/____/___

Recibió tratamiento: Si [ ] No [ ] Fecha de inico de tratamiento: ___/____/___

Resultado: Curado [ ] Fallecido [ ] Fecha: ___/____/___

V. LABORATORIO

Fecha de toma de muestra: ___/_____/____ Fecha de envío al laboratorio___/_____/____

Muestra	Fecha de toma de muestra	Examen realizado			Resultado		
		Gram	Cultivo	Otro	Positivo	Negativo	Fecha
Líquido seroso	____/_____/___	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	____/_____/___
Exudado de lesión	____/_____/___	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	____/_____/___
Heces	____/_____/___	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	____/_____/___
Esputo	____/_____/___	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	____/_____/___
Otra:_____	____/_____/___	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	____/_____/___

El caso de carbunco fue confirmado por laboratorio: Si [ ] No [ ]

VI. CLASIFICACIÓN (Marque con una "X")

Clasificación final del caso probable: Fecha: ____/___/___

Clasificación	Probable	Confirmado	Caso descartado [Anotar la causa]
Carbunco cutáneo	[ ]	[ ]	
Carbunco gastro-intestinal	[ ]	[ ]	
Carbunco meníngeo	[ ]	[ ]	
Carbunco inhalatorio	[ ]	[ ]	
Carbunco septicémico	[ ]	[ ]	

VII. Observaciones