

## HIDATIDOSIS

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

### Definición de caso:

**Caso Sospechoso:** Persona con presencia de masa quística (única o múltiple) localizada en diferentes órganos y asociada a aspectos epidemiológicos de la enfermedad.

Masa identificada por RX - ecografía - TAC - RNM - cirugía y/o anatomía patológica.

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: M  F  Indeterminado

Sexo legal: M  F  No binario  Género: Mujer CIS  Varón CIS  Mujer Trans  Varón Trans  Desconocido

Domicilio: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono Propio o vecino: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

En caso que el paciente sea un menor, o este incapacitado para responder, se deberá consignar quien brinda la información:

Madre:  Padre:  Otros: \_\_\_\_\_

### DATOS CLÍNICOS

Asintomático

Fecha de primera consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hospitalizado:  Si  No

Fecha de Internación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Vómica

Masa quística

Localización del quiste:  Hepático

Pulmonar

Abdominal

Otros: \_\_\_\_\_

Características:  Quiste único

Quiste múltiple

Quiste calcificado

Quiste complicado

Diagnóstico por imágenes (fecha y descripción)

RX: \_\_\_\_\_

Ecografía: \_\_\_\_\_

TAC: \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO

MÉDICO

Albendazol Dosis: \_\_\_\_\_ Comprimidos.

QUIRÚRGICO

### DATOS EPIDEMIOLOGICOS

**Factores de riesgos/ Vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés.**

Alimentación de perros con vísceras crudas

Antecedentes familiares de hidatidosis

Realizar o haber realizado faena domilicaria de ganado

Contacto con mascotas

Habitar o haber habitado en áreas de producción ganadera

## Ocupaciones

Ocupación de riesgo: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo:  Urbano  Periurbano  Rural

Trabajó o vivió previamente en zona rural?  Si  No Cuál? \_\_\_\_\_ En qué año? \_\_\_\_\_

Cría o crió animales como caprinos, ovinos, bovinos, porcinos?  Si  No

Tiene perros:  Si  No Cuantos? \_\_\_\_\_ Perro parasitado:  Si  No Perros tratado:  Si  No Cuantos? \_\_\_\_\_

Con que frecuencia:  30 días  45 días  60 días Otro: \_\_\_\_\_ Fecha última desparasitación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alimenta a sus perros con vísceras crudas?  Si  No

## TRATAMIENTOS Y ACCIONES DE CONTROL

Albendazol Dosis: \_\_\_\_\_ Días: \_\_\_\_\_

Cirugía Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PAIR ( Punción, aspiración, Inyección y Respiración)

**Catastró Familiar:**  Si  No

Número de contacto familiar: \_\_\_\_\_

Número de contacto < 14 años: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e- mail: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma y sello del médico