

PSITACOSIS

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso:**Sospechoso:** Síndrome respiratorio febril agudo con cefalea y neumonía con antecedentes de contacto o exposición a aves.**Probable:** Caso sospechoso con demostración de anticuerpos por las técnicas de inmunofluorescencia indirecta. Otra técnica es la reacción de fijación de complemento.**Confirmado:** Paciente sospechoso o probable con resultado positivo de al menos uno de los cuatro métodos de laboratorio: Citodiagnóstico, inmunofluorescencia directa -IFD-, test de ELISA e inmunocromatografía.**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**

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____

Fecha de primera consulta: ____/____/____

Fecha de Internación: ____/____/____

 Astenia Cefalea Disnea Diarrea Fiebre Mialgias Dolor abdominal Neumonía Ictericia Tos**DATOS EPIDEMIOLOGICOS****Factores de riesgos/ Vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés.** Contacto con aves y/o con sus deyecciones Presencia de aves en jaula y/o gallineros Presencia de mascotas (pájaros)**Ocupaciones** Trabajador comercio de aves Trabajador criadero de aves Trabajador faena de aves Jardinero**EXÁMENES DE LABORATORIO**

Fecha de Muestra humana: ____/____/____

Material remitido Aspirado traqueal Biopsia de Pulmón Hisopado nasofaríngeo Sangre entera Suero

TRATAMIENTO Y ACCIONES DE CONTROL

Individual

Tratamiento: Si No Quimioprofilaxis: Si No Número de personas con Quimioprofilaxis: _____

	Dosis	Días
<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tetraciclinas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Doxicilina	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otros: _____

Comunitaria

Vigilancia clínica y serológica del grupo familiar y/o personas con riesgo similar Si No

Investigación de contactos y fuentes de infección Si No

Realización de eutanasia de aves sospechosas Si No

Envío del animal muerto al laboratorio

Envío de muestras animal al laboratorio

Observación veterinaria

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e- mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ____/____/ 20____

firma y sello del notificador