

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN.
CASOS DE RICKETTSIOSIS**

Toda persona que presente factor de riesgo (viaje a zonas endémicas, picadura de insectos o garrapatas) y que presente fiebre y 1 o más de los siguientes hallazgos clínicos: exantema, escara, cefalea, mialgia, anemia, trombocitopenia, pruebas hepáticas alteradas.

1- DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido _____

Fecha de nacimiento: / / Edad Sexo F M RUT N°

Domicilio _____

Comuna _____ S. Salud _____ Región _____

Zona: Urbana Rural Tel. Correo _____

Ocupación Dirección trabajo o escuela _____

2- ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

Condiciones de vida Urbano rural

En los 30 días previos al inicio de síntomas:

¿Realizó actividades laborales en ambientes silvestre o rurales? SI NO ¿Dónde? _____

¿Realizó : Camping o Trekking en zonas silvestres o rurales? SI NO ¿Dónde? _____

¿Tuvo contacto con leña o vegetación? SI NO ¿Dónde? _____

Indique fecha del evento de riesgo identificado _____

Antecedentes de viajes fuera de la región o de Chile SI NO ¿Dónde? _____

Detalle fecha del viaje y actividad de riesgo _____

3- ANTECEDENTES CLÍNICOS DE INICIO

Fecha inicio síntomas / / Fecha 1° consulta / / Ambulatorio SI NO Hospitalizado SI NO

Signos y síntomas

Fiebre T° max. No cuantificada Fecha inicio / / Duración días

Exantema Localización _____ Fecha inicio / /

Tipo de exantema _____ Foto-documentación SI NO

Antecedentes de escara (lesión necrótica localizada)

SI NO Fecha de inicio / / Foto-documentación SI NO Diámetro _____

Ubicación _____

Otros signos y síntomas

Calofríos <input type="checkbox"/>	Sudoración nocturna <input type="checkbox"/>	Alteraciones auditivas <input type="checkbox"/>	Describir _____	
Odinofagia <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/>	Alteracion de conciencia <input type="checkbox"/>		
Artralgias <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia <input type="checkbox"/>		
Mialgias <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia <input type="checkbox"/>		Ubicación _____
Cefalea <input type="checkbox"/>	Conjuntivitis <input type="checkbox"/>	Linfoadenopatías <input type="checkbox"/>		

4- DATOS DE LABORATORIO

Hto/Hemoglobina	Valor/Fecha _____	GOT	Valor/Fecha _____	Envío a ISP	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Globulos Blancos	_____	GPT	_____	Envío a PUC	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Plaquetas	_____	PCR	_____	Tubo Rojo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Biopsia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Observaciones: _____				Tubo Lila	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Escara	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				Costra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hisopado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

5- DATOS DEL NOTIFICANTE

Fecha de notificación / / Nombre del Notificante _____

Establecimiento de salud _____ Correo del notificante _____

Region _____ Comuna _____

